CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ALBUMINURIE

SURVENANT DANS LE COURS

DES

ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS

PAR

GABRIEL COHADON

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

PARIS

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, EDITEURS

place de l'Ecole-de-médecine

1882

R52314

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ALBUMINURIE

SURVENANT DANS LE COURS

DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS

AVANT-PROPOS.

Les rapports de la syphilis avec les autres maladies ont de tout temps vivement excité la curiosité et les polémiques des savants.

Les uns, l'esprit frappé des innombrables formes de ce mal, véritable Protée pathologique, ont, avec un peu de précipitation peut-être, exagéré ses ravages : tout pour eux était syphilis. Les autres, doués d'une imagination moins vive ont exagéré la tendance contraire.

Ceux qui ont lu les Bulletins de l'Académie de médecine se rappellent par exemple les belles, mais longues

discussions sur la syphilis vaccinale, discussions commencées à propos du célèbre rapport de M. le professeur Depaul (29 novembre 1864) et terminées de longues années après.

Les rapports de l'albuminurie et de la syphilis dans la période secondaire ont également suscité de nombreuses controverses, quoique cependant à un degré moindre. Passionné à juste titre pour tout ce qui touche à ces questions, nous avons eu la bonne fortune, l'an dernier, connaissant déjà la thèse de M. Descoust, de suivre en compagnie de notre excellent ami, M. Martinet, interne des Hôpitaux, le malade qui fut de sa part le sujet d'une importante communication à la Société clinique et dont, à notre tour, nous rapportons l'histoire.

Vers la même époque, nous eûmes entre les mains l'intéressant mémoire de M. Barthélemy.

Cette année-ci nous avons eu l'occasion d'observer un malade semblable à l'hôpital Necker, dans le service de notre très aimé maître, M. Rigal.

Nous avons vu dans ces faits et dans d'autres du même genre que nous publions, un intéressant sujet d'étude pour notre thèse. Nous nous en sommes emparé avec joie, mais avec regrets aussi. Le temps nous faisant défaut pour traiter cette importante question comme elle le mériterait.

Nous espérons cependant que d'autres, plus favorisés par le temps et aussi par le talent pourront profiter des recherches laborieuses que nous avons faites le plus scrupuleusement possible.

Nous terminons en sollicitant la haute indulgence de nos juges pour tous les côtés défectueux que peut présenter notre travail.

Nous remercions notre ami Martinet de tous les bons conseils qu'il nous a prodigués nous adressons les mêmes remerciements à M. Barthélemy, chef de clinique de la Faculté, qui, outre ses conseils éclairés, a bien voulu nous présenter à M. le professeur Fournier.

Nous remercions enfin cet illustre maître qui, avec son inépuisable bienveillance habituelle, a bien voulu nous encourager dans notre tâche et accepter d'être notre président.

HISTORIQUE.

L'existence de l'albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis a été jusqu'à ces dernières années entièrement méconnue.

Voici ce qu'en 1875, dans une de ses belles leçons faites à Saint-Louis, disait à son sujet M. le professeur Fournier :

« Les faits d'albuminurie syphilitique secondaire ne sont pas assez nombreux pour prévaloir contre ce fait d'expérience commune, qui démontre qu'aucun trouble rénal ne s'observe dans la syphilis secondaire. Nombre de médecins ont étudié les urines de leurs malades pendant la période secondaire, et tous se sont accordés pour ne pas y trouver d'albumine. Pour ma part, j'ai examiné ou fait examiner dans mon service, pendant deux années, l'urine de tous les malades qui entraient avec un chancre ou des accidents secondaires, et jamais, sauf un cas unique, je n'ai rencontré d'albumine. Or, je me garderai bien d'opposer ce cas unique comme contradiction aux résultats négatifs de plusieurs centaines d'expériences; très certainement, il tenait à quelque coïncidence. »

A Lyon, M. Gailleton, médecin de l'Antiquaille, avait fait les mêmes recherches et avec les mêmes résultats négatifs.

Les auteurs qui ont écrit des traités sur la syphilis

ou sur les maladies des reins ne mentionnent pas d'exemple d'albuminurie secondaire, Rayer, Lancereaux, Cornil, Desprès, Bazin, Fournier, Belhomme et Martin, Jullien, etc., tandis que quelques-uns se sont occupés d'albuminurie dans le cas de syphilis invétérée (Rayer, Lancereaux, etc.).

Cependant, dès 1867, Perroud de Lyon avait publié deux observations assez probantes, observations qu'il a fait suivre de réflexions que nous discuterons plus loin.

En 1878 parut la thèse de M. Descoust, elle ne renfermait qu'un exemple seulement, mais le malade dont elle parlait avait été observé chaque jour par des maîtres (MM. Fournier et Brouardel), et les urines avaient chaque jour été rigoureusement analysées. Dès lors, les faits semblent se multiplier. On a successivement un malade de M. Hardy qui, en 1879, fait le sujet d'une clinique.

Puis vient en 1881 le mémoire de M. Barthélemy, contenant trois observations et parlant d'une quatrième prise en 1881, chez M. Constantin Paul, par M. Besnard et non publiée. (Annales syph. et Dermat, 25 avril 1881.) En décembre 1881, observation de M. Martinet, communiquée à la Société clinique et publiée dans la *France médicale* du 1er décembre.

Nous avons été à même, nous aussi, d'observer un cas analogue cette année, dans le service de notre maître, M. Rigal, et nous devons à l'obligeance de M. Œttinger, interne des hôpitaux, l'histoire d'un fait semblable.

Nous avons rencontré aussi dans le service de M. le professeur Fournier un malade atteint d'albuminurie

au milieu d'accidents secondaires, mais ce malade est au début de son traitement. Nous croyons qu'il y a suffisamment de matériaux accumulés pour pouvoir non-seulement affirmer l'existence de l'albuminurie secondaire, mais encore publier un travail sur ce sujet, et nous livrer à quelques considérations touchant sa pathogénie.

En feuilletant les journaux étrangers, nous avons trouvé d'une part, dans le *Deutsche med. Woch.* de 1880, une observation complète due à M. Burckmann, et de l'autre, la simple mention d'un fait de ce genre de Ch. R. Drysdale (*Brit. med. J.*, 1879). Il nous manque sans doute pour donner à notre affirmation une précision tout à fait scientifique le contrôle anatomo-pathologique. Jusque-là, il n'a point été fait d'autopsie de nos malades.

Dans un seul cas, cité par M. Perroud, une cause intercurrente est venue emporter le syphilitique en pleine période albuminurique ; et il fut constaté que les reins avaient les lésions légères de la néphrite parenchymateuse à son début, et que, de plus, l'épithélium des tubuli contorti avait subi la dégénérescence granulo-graisseuse particulière à cette affection.

Ce fait étant isolé, nous n'avons pas cru devoir publier un chapitre spécial d'anatomie pathologique ; mais nous le discuterons en exposant les conditions pathogéniques de l'albuminurie, aujourd'hui connues, et en cherchant quelles sont celles parmi lesquelles pourrait rentrer la syphilis.

OBSERVATIONS.

Nous allons d'abord établir d'une manière aussi certaine que possible l'existence de l'albuminurie secondaire et démontrer que dans presque tous les cas, il n'y a pas eu coïncidence, mais bien relation de cause à effet, puisque l'absence d'autre cause ayant pu déterminer l'albuminurie, n'a été constatée et puisqu'enfin le traitement mercuriel appliqué seul après échec du traitement classique, a amené une guérison prompte et définitive. Voici, par ordre de date, les faits sur lesquels nous nous sommes appuyé.

Observation I. (Publiée par M. le Dr Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu à Lyon. Journal de médecine de Lyon, 1867, p. 115.)

Syphilis secondaire. — Anasarque. — Albuminurie. — Epistaxis. — Iritis syphilitique. — Accidents scrofuleux antérieurs.

Jean-Marie Proth..., de Villefranche (Rhône), domicilié à Lyon, entre, le 14 novembre 1865, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle St-Bruno, n° 17.

Ce malade est tailleur, mais depuis deux mois il exerce la profession de brasseur : il a un tempérament lymphatique exagéré, et porte sur la jambe droite les traces d'une nécrose du tibia, dont il est guéri maintenant et dont il a souffert il y a quatre ans.

Il y a quatre mois, il eut un chancre induré accompagné de la pléiade ganglionnaire inguinale ; quelque

temps après, il lui est survenu quelques boutons au fondement et sur la peau. Il y a huit jours, sans cause appréciable, survint une anasarque, qui après avoir débuté aux membres inférieurs, a envahi successivement les bourses, l'abdomen, les membres supérieurs et la face ; il y a deux mois, le malade dit avoir ressenti dans les lombes un point douloureux qui persista près d'un mois.

A son entrée dans notre service nous constatons chez Pr... l'état suivant :

Roséole syphilitique assez confluente sur le devant et sur les bourses ; engorgement multiple et indolent des ganglions inguinaux, l'induration chancreuse a disparu.

Œdème considérable des parois abdominales des bourses, des quatre membres et de la face; teinte un peu anémique des téguments ; pas d'ascite ; quatre ou cinq selles diarrhéiques par jour ; un peu d'anorexie ; langue bonne.

Douleur sourde dans la région lombaire; urines peu abondantes, très colorées, donnant par l'acide nitrique un très abondant précipité albumineux ; pas d'amblyopie ; aucun souffle cardiaque : toux fréquente, dyspnée faible, surtout dans le décubitus horizontal ; nombreux râles ronflants et sibilants dans les deux poumons, sans matité thoracique ; crachats aqueux et mousseux peu abondants. Le malade est très affaibli et ne présente pas de fièvre.

Protoïodure de mercure, 8 centigrammes en pilules. Un gramme de perchlorure de fer en potion. Le 20 no-

vembre, les douleurs lombaires persistent ; l'anasarque paraît avoir augmenté : urines toujours très albumineuses ; épistaxis abondantes. On ajoute à la potion 2 grammes d'ergotine. Le 23, l'anasarque commence à diminuer et poursuit son mouvement de décroissance de telle sorte qu'il a à peu près complètement disparu le 5 décembre ; pendant cette période on a dû ouvrir à la lancette un abcès qui s'était formé à la marge de l'anus et l'on a constaté de nombreuses épistaxis : le proto-iodure hydrargyrique est continué à la dose de 10 centigrammes et les accidents syphilitiques s'effacent rapidement.

Le 5 décembre, vives douleurs lombaires, urines sanguinolentes, très fortement albumineuses; le malade supporte difficilement le perchlorure de fer. Emplâtre stibié sur les lombes ; deux prises de sous-carbonate de fer et d'ergot de seigle.

Le 11 décembre, le malade demande son exeat; les diverses éruptions syphilitiques ont complètement disparu ainsi que l'anasarque; l'état général est bien meilleur, mais les urines sont toujours foncées et albumineuses et le patient ressent encore quelques douleurs lombaires.

Proth... ne reste que quelques jours en ville; il rentre dans le service, le 2 janvier 1866, à peu près dans le même état qu'à son départ. Proto-iodure de mercure, 8 centigrammes.

Le 11 janvier, l'albumine a augmenté dans les urines : on ajoute alors au traitement une potion contenant un

gramme de perchlorure de fer, et un gramme d'ergotine.

Le 12 janvier, on est obligé de supprimer le mercure pour parer à une stomatite assez intense; on continue le fer et l'ergotine, et l'on donne au malade un régime aussi tonique que possible. — (Viandes, vin de Bordeaux).

La 28 janvier, P... est guéri de sa stomatite ainsi que d'une otite catarrhale qui lui était survenue le 17. Il reprend l'usage du proto-iodure hydrargyrique et demande son exeat le 2 février, conservant encore un nuage albumineux dans l'urine, sous l'influence de l'acide nitrique.

Au mois de mars 1866, le malade rentre à l'hospice pour iritis; le chef de service, induit en erreur par de faux renseignements et ne pouvant se fixer sur aucun accident syphilitique concomitant, institue un traitement non spécifique (antiphlogistiques, salivation par le calomel); l'iritis guérit avec une déformation de la pud pille, gênant beaucoup la vision de l'œil droit, et Proth... quitte l'Hotel-Dieu le 24 avril 1866; l'état général est très bon; pas d'anasarque; l'urine ne donne qu'un très léger nuage par acide nitrique.

Observation II. (Publiée par M. le Dr Perroud, médecin de l'Hotel-Dieu de Lyon. Journal de médecine de Lyon, 1867, p. 118.)

Accidents syphilitiques secondaires. — Albuminurie. — Anasarque, hydrothorax. — Mort et autopsie.

Pierre Sir..., matelassier à Lyon, âgé de 22 ans, en-

tre le 2 janvier 1866, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n2.

Ce jeune homme a eu, il y a deux mois un chancre induré qui a duré trois semaines en s'accompagnant de la pléïade ganglionnaire inguinale ; quelques jours après, sont survenus des boutons aux bourses, au fondement et sur la peau, en même temps qu'une angine avec enrouement; depuis quelques jours seulement a apparu une anasarque qui a rapidement envahi la moitié inférieure du corps.

Au moment de son entrée dans le service, le malade présente de nombreuses plaques muqueuses aux bourses et à la marge de l'anus, quelques plaques ulcérées sous la langue et sur les amygdales, de nombreuses croûtes dans les cheveux, des plaques cuivrées sur le devant de la poitrine et une syphilide papuleuse généralisée : sa voix est rauque et complètement voilée; l'induration chancreuse a disparu, mais la pléïade inguinale persiste.

Anasarque s'étendant aux deux membres inférieurs et aux parois abdominales ; la face est pâle et un peu bouffie; les urines sont fortement colorées et renferment une quantité considérable d'albumine; douleurs lombaires très vives surtout à gauche de la colonne vertébrale, augmentées par les efforts de respiration; mais non exaspérées par la pression.

Rien au cœur, pas de fièvre; langue bonne, appétit conservé, digestions faciles, selles normales; proto-iodure hydragyrique, 8 centigrammes en trois pilules; perchlorure de fer, 1 gramme et ergotine, 2 grammes en po-

tion; pansement des plaques muqueuses avec la poudre de calomel.

Le 17 janvier, l'état du malade est à peu près le même, il supporte difficilement le perchlorure. On ajoute à la prescription un gramme d'iodure de potassium dans la tisane.

Le 26, l'anasarque a fait de notables progrès; les éruptions syphilitiques sont presque complètement disparues, diarrhée assez abondante. On continue l'iodure de potassium, le mercure, mais on est obligé de supprimer le fer qui est remplacé par du quinquina, du vin de Bordeaux et des frictions avec la teinture de scille.

La diarrhée persiste, mais depuis le 3 février l'anasarque diminue assez rapidement.

Le 6 février survient une rougeur érysipélateuse de la jambe gauche, et le 7 pendant la nuit, apparaît une dyspnée très considérable ; le matin le malade rend quelques crachats sanguinolents; il est très oppressé et présente de la matité dans le côté droit de la poitrine avec diminution du murmure vésiculaire. Ces accidents augmentent rapidement et la mort survient le 13 février, les urines n'ayant pas cessé d'être albumineuses.

Autopsie, trente-quatre heures après la mort. Cadavre infiltré mais sans putréfaction.

Les reins sont notablement augmentés de volume, leur surface est pâle et l'organe tout entier paraît à la coupe moins coloré qu'à l'état normal.

La substance corticale est plus altérée que la substance tubuleuse, elle est hypertrophiée, légèrement rosée, parsemée de stries et de petites taches d'un blanc

jaunâtre et elle envoie entre les pyramides de nombreux prolongements qui semblent les étrangler.

Pas de sclérose de l'organe.

Le microscope démontre dans les canalicules de la substance corticale les cellules de revêtement infiltrées d'une grande quantité de granulations dont quelques-unes très réfringentes paraissent être graisseuses; cette infiltration est plus prononcée dans les points jaunâtres que dans ceux qui se rapprochent par leur coloration de l'état normal.

Quelques corps fusiformes se remarquent dans les espaces intercanaliculaires. — Les cellules des tubes urinipares de la substance tubuleuse sont moins altérées que celles de la substance corticale. On trouve dans les calices un liquide trouble, blanchâtre, qui doit son opalescence à la présence d'un grand nombre de cellules granuleuses et de noyaux épithéliaux libres.

La rate est saine.

Le foie a sa texture normale; la capsule de Glisson présente de nombreuses adhérences, péritonéales sur la partie antérieure de l'organe et quelques taches opalines très superficielles ne se prolongeant pas en forme de cicatrice dans le tissu hépatique.

Les poumons sont tous les deux très engoués et un peu œdématiés; ils crépitent encore, mais ils ne s'affaissent pas sur eux-mêmes et ils donnent issue à la coupe à une grande quantité de sérosité jaunâtre et légèrement spumeuse.

Quelques noyaux crétacés se remarquent au somme du poumon gauche ; de nombreuses adhérences fi-

breuses anciennes attachent ce poumon aux parois thoraciques.

A droite, la plèvre est saine mais contient deux litres environ de sérosité transparente.

Le cœur est un peu hypertrophié. Cette hypertrophie porte sur le ventricule gauche. — Pas d'altération des valvules, ni des orifices.

Le péritoine contient une petite quantité de sérosité limpide.

Légère augmentation du liquide des ventricules. La masse encéphalique est saine.

Aucune altération des testicules ni de leurs enveloppes.

Légère hypertrophie des ganglions inguinaux.

M. Perroud nous présente ensuite ses deux malades. « Dans les deux cas, on trouve l'ensemble des accidents morbides de la maladies de Bright : albuminurie persistante et suffusions séreuses diverses. Ces accidents se sont développés quatre et deux mois après le chancre induré, en même temps que les lésions secondaires.

N'y a-t-il que coïncidence, n'y aurait-il pas plutôt rapport de cause à effet, et ne pourrait-on considérer dans ce cas la maladie de Bright comme un accident précoce de la syphilis? C'est ce que nous croyons en présence des résultats du traitement.

Quoique mêlé à d'autres médicaments, le mercure ne paraît pas étranger à la guérison dans le premier cas; et dans le second, l'albuminurie était améliorée, quand survint un œdème pulmonaire mortel.

Dans les deux cas la maladie a revêtu un caractère aigu : exacerbation des douleurs lombaires, rapidité des suffusions séreuses , rapidité de la marche. Dans les deux cas, la syphilis paraissait légère, les lésions concomitantes n'avaient pas suivi de trop près l'accident primitif et les éruptions cutanées étaient seulement superficielles et peu confluentes. Le traitement qui nous a paru réussir est celui de la période secondaire, le mercure. L'iodure de potassium produirait-il de bons effets?

Nous l'avons administré avec le mercure dans notre observations II et l'on en connaît le résultat. Nous ferons remarquer, ici que les accidents syphilitiques concomitants ont cédé beaucoup plus rapidement que les lésions rénales au traitement spécifique.

Observation III.

Thèse de doctorat de M. Descoust, p. 11, n° 480, 1878.

M. X..., 27 ans. Bonne santé antérieure. Une blennorrhagie il y a sept ans. A Paris, depuis le mois de janvier 1878; il a eu à plusieurs reprises, de nombreux furoncles aux fesses (cavalier); sans sucre dans les urines.

Vers le 15 mars, vingt jours après le coït supposé impur, léger écoulement uréthral sans phénomènes aigus.

Le 20 avril, apparition de deux petites ulcérations transversales, situées dans la rainure préputiale, et qui prennent rapidement le caractère du chancre induré.

L'incubation avait donc duré environ vingt jours. Le diagnostic est confirmé par l'apparition de pléiades, ganglionnaires dans les aines.

Le malade, très affecté de son état, maigrit et s'affaiblit rapidement; il ne mange pas.

Régime : fer, vin de quinquina.

Le 15 mai. Eruption de furoncles qui le forcent à garder la chambre.

Le 25. Apparition d'une roséole intense sur le tronc et le haut des cuisses. Croûtes dans les cheveux; ganglions cervicaux; angine localisée aux piliers antérieurs, sans tuméfaction des amygdales et sans plaques muqueuses.

L'anémie s'accentue. L'inappétence est complète. La langue est blanche. Sensations de pesanteur à l'épigastre. Pas encore de traitement spécifique. On a seulement recours aux toniques.

3 juin. La roséole est remplacée par une éruption papulo-squameuse, très confluente sur la partie postérieure du tronc. Bientôt générale, elle occupe le front et la face.

Quelques papules, semblent s'ombiliquer.

Inappétence complète. Dégoût pour le bouillon froid, Constipation.

Le 5. Crise gastralgique avec sensation de brûlure, douleur xiphoïdo-rachidienne

Pas de vomissements. Dix gouttes d'une solution de morphine au 1 cinquantième amènent un calme relatif.

Le 4. Nouvelle crise gastralgique. Consultation de M. Brouardel. Roséole à part, on pourrait croire à une varicèle. Abattement profond. Tristesse. Température

39°,4. Les furoncles persistent toujours. Nouvel examen des urines. Sucre, 0. Albumine, 0. Régime lacté. Pilules de valériane.

Le 7. Le lait est mal supporté.

Les nuits sont mauvaises ; douleurs constrictives à l'épigastre. Agitation, dont triomphent difficilement les injections de morphine.

Le 12. Le frère du malade fait remarquer à M. Brouardel que les matières fécales sont légèrement décolorées et plutôt blanches que grisâtres.

Les urines rares sont légèrement verdâtres.

Le pouls est lent, environ 60 pulsations à la minute. On craint le début d'un ictère. Le matin, le malade fait remarquer à ses médecins des taches sur sa chemise qu'il attribue à de la spermatorrhée.

Ces taches empèsent fortement le linge et sont légèrement verdâtres. Pas de douleurs de reins. Pas de maux de tête. Pas d'hématurie. Les phénomènes gastriques et l'asthénie persistent : régime lacté.

Le 13. *Examen des urines.* Quantité énorme d'albumine.

Le 14. Très grande agitation nocturne. Douleurs violentes à l'épigastre. Coliques. Léger ballonnement du ventre. Six gouttes de morphine déterminent des vomissements abondants. Le matin léger œdème de la paupière gauche. Légère bouffissure de la face. Pâleur des téguments. Grande faiblesse. Intermittence du pouls toutes les dix ou douze pulsations. Rien au cœur. Pouls, 60. Température, 30, 4.

Le 15. Même état; l'œdème a augmenté. Il occupe aussi légèrement les malléoles.

L'éruption, moins confluente, a pris une coloration rouge foncé. Consultation de MM. Brouardel, Fournier, de Combarieu et Laurent, médecins militaires.

En présence de la gravité de l'état général et de la quantité énorme d'albumine rendue, on n'hésite pas à essayer le traitement spécifique combiné au régime lacté.

Donc, frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel double. Iodure de potassium en potion : 2 grammes. Première friction le soir même.

Le 16. Asthénie complète; tendances à la syncope. Intermittence. Faux pas du cœur. Pas de souffle. La bouffissure de la face a diminué; léger œdème du bras et de la main gauches.

On prescrit : Iodure de potassium : 2 grammes; friction mercurielle : 4 grammes; 3 litres de lait coupé d'eau de chaux; eau de Vals ou eau de Sultzbach.

Le 17. Même état; même traitement.

Le 19. Changement très notable dans l'état général. L'œdème a presque disparu. L'appétit se fait sentir. 4 litres de lait sont pris avec plaisir. Cependant, constipation et début de stomatite. Les urines sont plus claires.

Traitement : un gramme iodure de potassium. Les frictions sont continuées.

Le 21. Disparition complète de l'œdème. Toujours quelques intermittences. Rien au cœur.

Le 22. La stomatite devient intense. Cessation des

frictions. Chlorate de potasse et gargarisme astringent. Cependant grande faiblesse et sueurs profuses.

Le 24. la stomatite augmente malgré la cessation des frictions : 2 grammes I. K.

L'état général est satisfaisant. Le malade demande à manger. Il boit 5 litres de lait par jour. Constipation opiniâtre. Lavement journalier. On constate une plaque muqueuse très nette sur la face interne de la joue droite.

Le 26. L'état général s'améliore de plus en plus. Le malade a essayé de se lever. Ni vertiges ni éblouissements. Seulement grande faiblesse des jambes. 5 litres de lait. Constipation. Lavement au miel. 2 grammes I. K.

Le 28. Sur les instances du malade, M. Brouardel permet une alimentation mixte, c'est-à-dire régime lacté avec viandes noires saignantes. Peu de vin.

1er juillet. L'état général s'améliore de plus en plus. Les forces reviennent; cependant sueurs très abondantes. Le malade mange avec beaucoup d'appétit. Tendance au sommeil, immédiatement après le repas. Constipation opiniâtre. Ballonnement du ventre.

Traitement : Magnésie anglaise calcinée après chaque repas.

Le 2. Le malade commence à se lever pendant deux ou trois heures sans trop de fatigue.

Le 9. Départ pour le Midi. Cette première sortie, compliquée des apprêts du voyage et des changements de voiture, éprouve un peu le malade. Voyage en coupé-lit sans trop de fatigue. A l'arrivée, assez grande

faiblesse, mais bon appétit et bonne digestion. Stomatite toujours intense et rebelle au chlorate de potasse. Plus de plaques muqueuses dans la bouche. Sur le tronc quelques taches cuivrées, vestiges de l'éruption papulo-squameuse. Deux ou trois nouveaux furoncles dans la région fessière.

2 grammes iodure potassium.

Les frictions mercurielles ne sont reprises qu'après guérison de la stomatite.

Le 29. Depuis le séjour à la campagne, les forces du malade sont revenues rapidement. Il se promène pendant une grande partie de la journée. Cessation du régime lacté. Les digestions occasionnent toujours un peu de tendance au sommeil et un peu de ballonnement du ventre, malgré les lavements au miel et à la magnésie calcinée.

Cessation de l'iodure de potassium. La stomatite persiste toujours. Chlorate de potasse et eau de Botot.

10 décembre 1878. Le malade, de retour à Paris, n'a plus eu d'albumine dans ses urines. L'état général est satisfaisant, cependant la bouche présente toujours un état légèrement inflammatoire.

Chez le malade de M. Descoust, c'est encore pendant la période secondaire de la syphilis qu'apparaît le dépôt albuminurique dans l'urine ; c'est-à-dire deux mois après l'apparition du chancre.

Il ne fut trouvé aucune cause de l'albuminurie.

Le frère du malade, qui était médecin, et qui l'avait observé avec le plus grand soin, n'en put signaler aucune.

Nous ferons remarquer que le lait est mal supporté dès le début et que l'amélioration ne commence que lorsque, sur les conseils de M. le professeur Fournier, on institua le traitement spécifique, malgré les hésitations et presque les résistances des autres médecins appelés en consultation. (L'un d'entre eux opposait le malheureux exemple recueilli par M. Bouchard concernant un malade mort d'intoxication mercurielle à la suite d'un traitement spécifique, et à l'autopsie duquel on avait trouvé les lésions d'une albuminurie ancienne.)

Six jours après le début du traitement l'œdème disparaît ; et bien que le malade eut pris une alimentation mixte : Régime lacté avec viande et vin, l'albuminurie se dissipe de jour en jour et en décembre de la même année disparaît complètement.

Observation IV.

Extraite d'une clinique de M. le Professeur Hardy, hôpital de la Charité. (Union médicale, 1879, p. 483.)

« Comme l'observation de cet homme (salle Saint-Charles, n° 6) est instructive sous plusieurs rapports, je vais vous dire son histoire.

C'est un homme de 25 ans, d'une santé bonne ordinairement, n'accusant d'autre maladie qu'une blennorrhagie dont il aurait été atteint au mois d'août de l'année passée, blennorrhagie, dit-il, qui a eu lieu une seconde fois au mois d'août dernier, où elle a présenté ce fait que l'écoulement a été indolent et peu

considérable. Cet homme fait ses vingt-huit jours ; le service l'a, selon lui, beaucoup fatigué ; il accuse même une chute de cheval qui aurait eu une certaine influence sur sa santé. Néanmoins, rentré dans ses foyers, il reprit son métier qui consiste à fabriquer des saucisses dans une cave.

Là il prit froid et gagna un rhume caractérisé par de la toux avec expectoration. Néanmoins il continua à travailler jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle il fut pris tout d'un coup d'une douleur dans l'épaule droite lancinante et assez vive pour attirer fortement son attention. Au bout de deux ou trois jours, cette douleur disparut et il vit apparaître, au point précédemment affecté, une éruption composée, suivant son expression, de boutons contenant de l'eau et de l'humeur. Ces boutons persistèrent pendant huit ou dix jours, les uns s'affaissant, les autres s'écorchant et se recouvrant de croûtes.

La douleur ayant disparu, cet homme avait repris ses occupations, mais quelques jours plus tard, il dut les abandonner de nouveau, parce qu'il se sentait, dit-il, mal à son aise et qu'il avait un peu d'enflure aux extrémités inférieures, et surtout aux bourses. Cette enflure l'effraya et il demanda à entrer à l'hôpital, où il fut admis mardi dernier.

Le jeudi, quand nous le vîmes pour la première fois, nous le trouvâmes dans un état d'œdématie généralisée ; œdème aux extrémités inférieures parfaitement marqué aux cuisses par un bourrelet siégeant à la partie interne, et aux jambes par l'empreinte du doigt aux

malléoles, œdème à la partie supérieure du corps, œdème enfin à la face, aux joues, aux paupières

En même temps, l'examen des urines nous fit connaître la présence d'albumine en quantité assez considérable, et au microscope l'existence de quelques globules sanguins.

Fièvre à peu près nulle : la température ne dépassait pas 37, 5, et le pouls battait 72 pulsations à la minute.

Encore un peu de toux et d'expectoration muqueuse. Rien à l'auscultation.

Aujourd'hui on peut encore voir les restes de cette anasarque. On peut constater aux joues, en les frappant légèrement avec le doigt, ce tremblement particulier comparable à celui de la gelée de viande qui caractérise l'œdème de la face. De plus, les paupières supérieures sont encore légèrement œdématiées ; elles sont bouffies, au lieu d'être minces comme à l'état normal ; enfin, à la partie interne des cuisses, la peau est encore doublée d'un œdème très appréciable. Quant à l'urine, elle renferme encore un peu d'albumine, mais les hématies ont disparu.

Ici la maladie s'impose. C'est encore un de ces cas faciles où le diagnostic réside dans les urines...

Cet examen des urines est d'autant plus important, qu'ici, s'il n'avait été fait, nous aurions pu passer à côté du diagnostic, car avec l'anasarque, c'est le seul symptôme que nous ayons à constater.

En effet, nous ne trouvons ni maux de tête, ni altération de la vue, ni vomissements, rien enfin des au-

tres phénomènes qui caractérisent la néphrite albumineuse.

Mais ce malade n'a pas que cela, il présente encore autre chose, c'est cette autre chose qui fait l'intérêt de son observation. En effet, il est atteint d'éruptions, lesquelles ne sont pas toutes de la même nature. D'abord à la partie supérieure du corps, à l'endroit même où cet homme a accusé de la douleur, nous trouvons des taches rares très marquées, sous lesquelles il y a encore quelque gonflement. Comme siège, ces taches ont quelque chose de spécial, elles commencent au rachis et finissent au sternum. Elles sont unilatérales et suivent une direction d'arrière en avant et de haut en bas.

Rien que ce siège unilatéral nous suffit pour que nous ayons le droit de diagnostiquer un zona; surtout si comme ici les douleurs lancinantes se sont développées dans l'endroit précis ou l'éruption a apparu plus tard.

Ce zona, chez notre malade, a présenté ce phénomène particulier, que la douleur a cessé du jour même où a apparu l'éruption. On voit cela quelquefois.

Mais outre cette éruption, ce malade en présente une seconde, beaucoup plus généralisée, répandue sur tout le corps, sur le tronc, sur les membres inférieurs et supérieurs. Cette éruption est constituée par des taches ayant une couleur d'un rose un peu effacé, un peu sombre, un peu jaune, intermédiaire au rose et au jaune, rappelant le rose de Chine, ou si vous aimez mieux, les ecchymoses arrivées à la deuxième période.

Comme disposition et comme forme, nous trouvons

des variations assez grandes dans ces taches. Quelques-unes sont très petites, semblables à des piqûres de puce, quelquefois plus élargies. D'autres plus grandes, ont les dimensions d'une pièce de 50 cent. à 1 fr. Leur conformation est également différente. Les petites sont arrondies; les grandes festonnées ou même triangulaires. Mais ni les unes ni les autres ne font saillie au-dessus de la peau, et toutes disparaissent momentanément par la pression du doigt; c'est-à-dire qu'elles ne sont pas constituées par des ecchymoses, par du sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme on pourrait le croire au premier abord, mais par une simple congestion. Ce sont, en un mot, des taches exanthématiques.

Outre ces éruptions, nous trouvons encore chez cet homme un peu de rougeur au gland et un très léger écoulement uréthral à peine marqué aujourd'hui. Nous constatons enfin, chose très importante à noter, dans les aines, plusieurs ganglions engorgés, augmentés de volume, et, de plus, assez mous et indolents. Deux ou trois ganglions, également engorgés, présentant les mêmes caractères que les précédents, existaient en outre sur les parties latérales du cou. Après avoir décrit cette éruption, il reste à lui donner un nom.

Nous avons affaire de la façon la plus évidente à une albuminurie aiguë (je laisse de côté le zona qui a pu être amené par la même cause que la néphrite, par le refroidissement, et qui n'est ici qu'un épiphénomène, qu'un phénomène accessoire.) Avons-nous sous les yeux une éruption qui dépende de l'albuminurie? Nous

savons en effet que dans ces derniers temps on a décrit des éruptions en rapport avec cette affection.

C'est un fait incontestable aujourd'hui qu'il existe des maladies albuminuriques qui présentent des éruptions particulières.

Eh bien, il ne s'agit pas d'une de ces éruptions.

Les taches auxquelles nous avons affaire sont des taches exanthématiques et non des macules. Nous devons donc éloigner le purpura ainsi que l'érythème lisse.

Une chose qui frappe dans ces taches, c'est non seulement leur couleur un peu foncée et leur dissémination, mais encore leur indolence parfaite. Elles ne causent, en effet, ni douleur, ni chaleur à la peau, ni démangeaisons. Cela est si vrai que le malade n'en a pas conscience et ne s'en est aperçu que lorsque nous l'en avons averti.

On ne rencontre ces trois caractères négatifs, absence de douleur, de cuisson, et de démangeaisons que dans a scrofule et la syphilis ; or ici, il ne saurait être question de scrofule, mais au contraire de syphilis. Oui, cette éruption est syphilitique et en présente tous les caractères. D'abord cette coloration des taches d'un rouge virant sur le brun est bien la couleur caractéristique des éruptions syphilitiques, ensuite l'absence de douleur est un phénomène plus important encore. Mais il y a encore d'autres preuves.

Parmi les phénomènes concomitants nous avons les ganglions de l'aine et du cou qui sont mous, augmen-

tés de volume et indolents, c'est-à-dire présentant les caractères de la pléiade ganglionnaire se développant à la seconde période de la syphilis.

Quant à l'accident primitif, le chancre, nous éprouvons une réelle difficulté. En effet, ni sur le gland, ni sur toute autre partie de la verge nous ne voyons pas de cicatrice qui atteste l'existence antérieure d'un chancre; nous n'observons enfin pas trace de plaques muqueuses soit à la gorge, soit à l'anus.

Mais nous avons quelque chose de particulier et de contradictoire dans l'histoire de cet homme. C'est la blennorrhagie qu'il a eue l'année dernière, blennorrhagie qui s'est reproduite une seconde fois au mois d'août de cette année. Et cependant je n'hésite pas à dire que cette blennorrhagie a été dans le cas présent la porte d'entrée de la syphilis. Non pas que je sois de ceux qui pensent que la blennorrhagie puisse être suivie d'accidents syphilitiques, mais je sais qu'il y a de fausses blennorrhagies, des écoulements uréthraux qui sont symptomatiques d'un chancre ayant son siège dans le canal de l'urèthre.

Ces écoulements uréthraux sont indolents, peu abondants, les malades s'en plaignent très peu. C'est justement ce qui a lieu ici. Si, en effet, la première blennorrhagie a donné lieu à un écoulement bien franc, douloureux, abondant, qui ne permet pas d'en méconnaître la nature, les caractères bénins de la seconde me permettent d'affirmer qu'elle était simplement symptomatique d'un chancre uréthral non encore cicatrisé.

Pour ce qui est de l'éruption, nous voyons qu'elle est

constituée par des taches sans saillies, sans squames, ne disparaissant pas sous le doigt. Cette éruption c'est la roséole.

Quant à l'âge de la syphilis, l'engorgement ganglionnaire, les taches, sont des phénomènes survenant du deuxième au huitième mois, nous montrent qu'elle en est à sa période secondaire.

M. le professeur Hardy rejette absolument l'idée que la syphilis puisse causer l'albuminurie dans ses premières périodes. En 1879, il est vrai, les faits de la nature de ceux que nous publions, n'étaient pas très nombreux et chaque fois qu'on avait observé l'albumine, c'était à la période tertiaire.

Or, M. le professeur Hardy croit avec beaucoup de raison, qu'une syphilis de deux mois est incapable de produire de tels ravages. Mais est-il nécessaire que le rein soit si fortement altéré pour qu'il y ait albuminurie.

Ne savons-nous pas qu'il suffit que le délicat et mince épithélium des tubuli contorti ait subi une légère dégénérescence pour qu'on constate le passage de l'albumine dans l'urine. Il serait difficile d'en douter après l'expérience de tous les jours ; et enfin le fait démonstratif de M. Perroud vient nous prouver qu'une syphilis, même jeune, peut amener cette dégénérescence avec ses conséquences cliniques.

En outre, accordant que la syphilis puisse agir comme cause prédisposante en amenant une altération du sang, M. Hardy donne des armes contre lui, puisque nous sa-

vons que certaines albuminuries reconnaissent pour cause une modification dans les éléments solides ou liquides du sang (c'est du moins l'opinion de quelques auteurs), et que la syphilis, d'après des recherches récentes produit cette altération.

Nous retrouvons chez M. Hardy les mêmes hésitations et les mêmes craintes à propos du traitement mercuriel.

Nous regrettons de n'avoir pas la fin de l'observation afin de voir si l'albuminurie n'a pas persisté plus longtemps que dans les cas où nous avons vu employer le traitement spécifique.

Observation V. (Publiée par le Dr Burkmann. Deutsche med. Woch. nº 4, 1880.)

Syphilis depuis environ six mois. — Néphrite aiguë, urémie, œdème pulmonaire. — Guérison.

J. M... propriétaire, 23 ans, d'une famille saine, sain lui-même jusqu'en mai 1866. A cette époque, il remarque un ulcère sur son pénis. Au mois d'août cet ulcère durait encore, lorsqu'il survint une éruption sur la peau. Le malade n'a point fait attention à ces manifestations et nul traitement n'a été institué.

Vers la fin de novembre, il fut pris d'un malaise général et eut un frisson intense et des nausées, il vomit et il remarqua de l'œdème aux pieds pour lequel il consulta.

Le 4 décembre 1866 à quatre heures de l'après-midi, je vis pour la première fois le malade dans sa maison

de campagne qui est basse, humide et pas suffisamment propre.

C'est un homme bien constitué qui ne semble aucunement malade. Il est pâle maintenant ; on voit sur la poitrine le dos et les bras de nombreuses taches jaunâtres non écailleuses, assez nettement délimitées; à peu près de la grosseur d'une lentille et peu surélevées ; la peau est sèche sans être chaude, mais elle est un peu œdématiée. L'impression du doigt y persiste quelque temps. Cet œdème est surtout marqué au visage et aux pieds ; dans l'abdomen à certains moments on ne trouve pas d'épanchement.

Les ganglions lymphatiques du cou, du coude et de l'aine, sont considérablement grossis ; sur le prépuce, il y a une cicatrice indurée, les muqueuses ainsi que les organes des sens sont normaux, sauf une rougeur sombre du pharynx. L'intelligence n'est pas troublée. La peau de la tête ne présente pas de manifestations syphilitiques, les cheveux sont épais.

Le cœur, le foie, la rate sont sains; le pouls est de 76° il est dur, plein ; — la température est à peine de 38°. Le malade tousse sans expectoration et sans douleur au thorax. Le murmure respiratoire n'est pas affaibli ; çà et là des râles catarrhaux. — Appétit faible. Constipation. Le malade accuse néanmoins un malaise général, spécialement céphalalgie frontale et douleur uréthrale lorsqu'il urine. Pas de gonnorrhée.

La région rénale est indolore à la pression. L'urine est brunâtre et riche en albumine. On donne un dia-

phorétique, calomel et jalap. Vers sept heures du soir, le malade prend 0,06 de calomel et 0,12 de jalap.

Le soir du même jour vers onze heures, il me fait appeler de nouveau, vers neuf heures il avait eu des crampes, qui, dans ce court espace de temps, s'étaient renouvelées trois fois.

Je trouvais le malade dans le décubitus dorsal respirant avec force, toussant souvent, expectorant des crachats spumeux mélangés de sang clair. La langue n'était pas blessée, il parlait très peu, accusant seulement une recrudescence de mal de tête et aucune douleur à la poitrine. Les pupilles assez étroites, réagissaient très peu; pas de sueur. L'urine était plus claire que dans l'après-midi. Il avait eu des vomissements sans trop d'odeur. Température 38°.

Un examen suffisant des organes thoraciques n'était pas possible. Il présentait de la dyspnée sans douleur particulière, une expectoration fréquente d'un liquide spumeux et compacte. La fréquence considérable du pouls sans fièvre m'engagea à penser qu'au catarrhe étaient venus s'ajouter une hyperhémie et un œdème pulmonaire dû à la stase déterminée par la néphrite et aux convulsions fréquentes. Je fis une saignée modérée (comme pour une pneumonie) et j'appliquais un grand sinapisme à la poitrine. Environ une demi-heure après, la main droite du malade commença à trembler, puis vint l'extension du bras droit et du bras gauche. Le malade perdit connaissance, puis survinrent des contractions cloniques des muscles de la nuque, du visage,

des yeux et des bras. L'œil droit était tourné en dehors et les pupilles très larges, ne réagissaient point.

Au bout de cinq minutes la crise cessa, le malade resta seulement quelque temps encore à faire entendre des ronflements, puis il reprit connaissance. La toux devient fréquente avec des crachats sanguinolents. La sueur avait été très abondante pendant la crise et le pouls était très fréquent et irrégulier. Jusqu'à deux heures, le malade toussa et vomit souvent. A ce moment, je lui administrai 15 gouttes d'opium. J'espérais par un narcotique pouvoir vaincre les vomissements puis les convulsions et peut-être le faire dormir. Je n'avais pas d'autre médicament sous la main et je n'osais pas le saigner de nouveau.

La même nuit à trois heures il y eut une crise semblable mais plus longue.

Ordonnance. — Compresses froides seulement sur la tête, lavement à l'eau salée.

Le lendemain matin, 5 décembre, l'état était le suivant : connaissance parfaite, léger mal de tête, pouls et respiration très fréquents. Température un peu au-dessus de 38°, toux fréquente. Les poumons présentent des signes de congestion à leur base, le murmure respiratoire est très manifeste à partir de la huitième côte. Un peu au-dessus, bruit tympanique à la percussion, râles crépitants, crachats striés. Urine rare, sanguinolente, albumineuse. Les vomissements et les crampes ne se sont pas reproduits.

L'œdème est comme la veille.

Ordonnance. — Acide sulfurique, glace sur la tête.

5 décembre soir. Pouls régulier, 108. Température un peu plus élevée que le matin.

La toux a diminué. Les autres symptômes sont ce qu'ils étaient le matin.

Le malade a été deux fois à la garde-robe. Un peu de sueur.

Même ordonnance que le matin. En outre, frictions chaque jour avec de l'onguent napolitain. J'ai cru en effet devoir agir dès ce moment sur la syphilis, qu'elle fût ou non en rapport avec le rein. Je ne connais pas jusqu'à ce jour d'observation de néphrite syphilitique chez les vérolés après un temps aussi court. Mais on peut admettre que la plupart du temps la syphilis provoque une néphrite aiguë. Ici du moins toute autre étiologie paraît faire défaut.

6 décembre, au matin. Pouls régulier, 84. Température au-dessous de 38°. Toux diminuée, crachats muqueux. Affaiblissement du bruit respiratoire, respiration bronchique plus faible. Il existe encore du catarrhe. Mal de tête moins fort, sueurs plus abondantes. Urines plus abondantes, aussi rougeâtres, d'une odeur forte. Albumine diminuée. Œdème des pieds plus marqué. Le malade a été deux fois à la selle avant midi, mais peu abondamment. Lavement à l'huile de ricin; onguent gris. Le soir, même état.

Le 7, 3 heures de l'après-midi. Pouls, 60. Température normale. Symptômes thoraciques à peu près comme la veille. Urine assez abondante, plus claire et moins albumineuse; sueurs. Œdème des pieds peu diminué. Un peu d'ascite. Tête libre. Peut-être l'ascite

est-elle la cause de la diminution de l'œdème pulmonaire et de l'interruption presque complète et assez longue de la sécrétion urinaire. Prescription : iodure de potassium, 0 gr. 30 toutes les cinq heures; onguent gris, 1 gr. 25 par jour.

Le 8, au matin. Urine abondante ; peu d'albumine. Beaucoup de sueurs. L'hydropisie et l'affection pulmonaire semblent diminuer. Pouls, 90 ; état général assez bon.

Le 9. Le malade a des pesanteurs d'estomac parce qu'il a un peu trop mangé ; émétique.

Le 10. Le mieux continue. Les symptômes thoraciques diminuent ; la sécrétion urinaire va bien ; urine sans albumine. Même prescription que le 7 décembre.

Le 12. Œdème et ascite disparus ; bon état.

Le 14. Urine abondante, pâle et de nouveau riche en albumine. Symptômes thoraciques à peine accusés. Prescription : drastiques pour deux jours.

Le 17. Urine jaune, pâle, acide. Salivation. Les antisyphilitiques sont supprimés. Chlorate de potasse.

Le 20. Urine comme le 17. L'induration du prépuce a diminué. Sirop iodure de fer.

Le 25. Urine non modifiée; rien de spécial, sauf de la faiblesse. L'exanthème pâlit, les glandes sont devenues plus petites.

Le 28. Urine faiblement acide, sans albumine. Le convalescent se trouve bien.

Le 11 et le 25 janvier 1867, il y a un peu d'albumine qui reparaît jusqu'en février. Tannin. Le convalescent prend encore du fer pendant plusieurs semaines, ainsi

que du mercure, à cause de l'induration du prépuce. Cette induration disparaît complètement par cette méthode. Ce malade, depuis cette époque, n'a plus été sérieusement affecté (depuis douze ans), il a même un aspect florissant.

Le malade de M. Burkmann présente, quoique avec beaucoup d'exagération (phénomènes urémiques), les mêmes symptômes que les nôtres. L'albuminurie débute en même temps que les accidents secondaires cutanés, quelques mois seulement après l'apparition du chancre. Nulle cause autre que la syphilis ne peut ici expliquer l'existence d'une néphrite. Le traitement spécifique administré dès le début agit promptement comme chez tous nos albuminuriques. L'albumine baisse brusquement, oscille quelque temps, puis disparaît d'une façon absolue et définitive. Douze ans se sont passés, l'état a toujours été florissant. Cette observation, malgré quelques inexactitudes de détail, dues à notre traduction, montre que le malade a été bien longtemps et minutieusement suivi.

Observation VI.

Publiée par M. le Dr Barthélemy, chef de clinique de M. le Professeur Fournier. (Annales de dermatologie et de syphil., 1881.)

Eliza B..., âgée de 33 ans, blanchisseuse, entre, le 26 novembre 1879, salle Saint-Thomas, n° 5.

Antécédents strumeux (maux d'yeux dans l'enfance),

fièvre typhoïde, à forme cérébrale, à l'âge de 6 ans. A part des migraines prémenstruelles, très bonne santé habituelle. Chancre syphilitique au mois de juin 1879. En août, éruption généralisée de syphilides papulo-squameuses; dès le mois de septembre, il ne se passait pas de jours sans qu'elle souffrît d'une céphalalgie frontale, *aussi forte le jour que la nuit.* Alopécie en clairière du cuir chevelu; alopécie sourcilière; le sourcil droit, notamment, est brusquement interrompu.

Il y a cinq mois, c'est-à-dire *un mois après l'apparition du chancre*, la malade était allé visiter une personne de sa famille, on remarqua qu'elle avait la figure bouffie. Dès lors, ce gonflement, remarqué ce jour-là pour la première fois, n'a jamais disparu. Mais déjà, auparavant, elle avait été frappée de la difficulté qu'elle éprouvait pour ouvrir les paupières à son réveil. Aujourd'hui les maux de tête sont plus violents que jamais; la malade ne peut dormir, elle a d'ailleurs une soif vive et fort peu d'appétit. Elle urine beaucoup et se réveille souvent pendant la nuit pour satisfaire ce besoin. Elle est sujette au subdélirium nocturne. Elle a beaucoup d'*albumine dans l'urine.* La face est bouffie comme il a été indiqué plus haut. Pas d'œdème des membres inférieurs. La vue est trouble; l'affaiblissement visuel est constaté depuis cinq mois. Syphilides papulo-érosives de la vulve. Adénopathie inguinale double indolente, pléiade de Ricord.

3 janvier 1880. Les symptômes de la néphrite persistent (maux de tête, faiblesse, tremblement adynami-

que, pâleur, bouffissure, albuminurie), la céphalalgie toutefois est moindre.

Le 7. La céphalée a disparu progressivement. L'œdème disparaît à la face ; il reste de la pâleur. Les forces reviennent un peu ; la malade peut se lever. En résumé, amélioration très réelle. Subdélirium disparu.

Le 15. La malade quitte l'hôpital pour affaire. Elle est évidemment améliorée, mais elle est loin d'être guérie, soit de sa syphilis soit de sa néphrite. Elle n'a plus de bouffissure, mais elle a encore de la pâleur ; elle n'a plus de céphalée, mais elle a toujours de l'amblyopie. L'albuminurie est toujours abondante.

« Cette observation démontre l'existence de l'apparition précoce de l'albuminurie dans la syphilis. Peut-on se contenter d'hypothèse de simple coïncidence ? On n'a certes pas de preuve palpable de causalité, mais on peut observer : 1° que la malade exerçait seulement et exclusivement la profession de repasseuse et habitait au sixième étage ; 2° qu'elle n'a jamais eu de refroidissement ; 3° enfin qu'elle n'était point alcoolique. »

Observation VII.

Publiée par M. le Dr Barthélemy, chef de clinique de M. le Professeur Fournier. (Annales de derm. et de syphil., 1881.)

Mont..., âgée de 26 ans, blanchisseuse, entre le 7 janvier, salle Saint-Thomas, n° 32.

Mère rhumatisante, père mort à 43 ans d'une albuminurie. Antécédents personnels mauvais : rachitisme et

strume, accidents rhumatismaux à l'âge de 20 ans; attaque intense de rhumatisme articulaire aigu. Mariée à 16 ans, elle avait eu un enfant l'année suivante; à 21 ans, elle en eut un second. Pendant sa grossesse, elle avait eu de l'œdème des jambes et des troubles de la vue. Après ses couches, elle eut de l'œdème des paupières et conserva de l'enflure des jambes surtout le soir. Quatre mois après son accouchement, elle dut entrer à la Charité, où elle fut soignée *pour une albuminurie* pendant onze mois. Elle sortit de cet hôpital en conservant encore des œdèmes palpébraux, des troubles de la vue, de l'albumine dans l'urine et des accidents pulmonaires.

C'est sur ces entrefaites qu'elle contracta la syphilis : roséole intense, puis syphilides papuleuses généralisées et syphilides papulo-érosives de la vulve. Presque aussitôt se montrèrent une céphalalgie intense et une fièvre vespérine, en même temps que l'état général s'altéra : pâleur, amaigrissement, palpitations, algidité, vertiges, tremblement des membres et de la langue, insomnie et vomissements très fréquents, ostéalgies multiples.

5 janvier. Cet état, malgré les traitements les plus rationnels, se prolonge pendant huit mois. A ce moment, apparaît une périostose frontale. La malade est si faible qu'elle ne peut littéralement pas faire un seul pas sans aide. Les vertiges deviennent plus forts, l'asthénie devient intellectuelle; la malade perd la mémoire; elle ne peut plus lire, parce qu'elle ne comprend plus son journal et qu'elle se sent incapable de calcul et de tout acte

intellectuel. Café, lait, frictions hydr. 5 grammes, iod. de pot. 2 grammes, bains sulfureux (2 février).

18 mars. Malgré une assez notable amélioration, état toujours grave (frictions avec hydr. 8 gr.). L'amélioration, après avoir continué pendant quelques semaines, est aujourd'hui arrêtée ; l'état est stationnaire : iod, de pot. 2 gr., et sublimé.

Au mois de mai, la malade est toujours en état d'asthénie, la périostose frontale persiste. La marche est difficile, s'opère par secousses et exige de grands balancements pour le maintien de l'équilibre. Les urines sont toujours albumineuses. La malade est rappelée en ville pour affaires de famille.

« Cette observation présente une malade atteinte d'albuminurie et contractant la syphilis. Nous assistons à l'évolution de la maladie. Quelle gravité n'atteint-elle pas immédiatement? Quelle gravité ne conserve-t-elle pas pendant toute la durée de l'observation ?

« Quant à cette albuminurie d'origine non spécifique, elle n'est nullement influencée par le traitement antisyphilitique et les troubles qu'elle crée ne s'amendent pas. Combien tous ces phenomènes ne diffèrent-ils pas de ceux que nous signalons précédemment ou de ceux qui vont suivre. »

Observation VIII.

Publiée par M. le Dr Barthélemy, chef de clinique de M. le Professeur Fournier. (Annales de derm. et de syphil., 1881.)

Virginie Ch..., âgée de 35 ans, cuisinière, entré, le 19 novembre 1879, salle Saint-Thomas, lit n° 27.

Pas d'antécédents héréditaires.

Chez elle pas de strume, mais incontinence nocturne d'urine datant de l'enfance et disparue sans traitement à 18 ans, époque de son mariage.

Menstruation normale. A 19 ans, acccouchement naturel et à terme. L'enfant est bien portant, c'est le seul qu'elle a eu; elle n'a pas eu non plus de fausse couche; toutefois il y a quatre ans aménorrhée de trois mois, suivie d'une métrorrhagie.

Vers la même époque bronchite guérie par les vésicatoires.

Il y a 3 ans, apparition de la syphilis.

Au mois de mai dernier, elle fit dans le service un premier séjour pour des plaques muqueuses de la gorge et de la vulve, une céphalée frontale presque continuelle et des vertiges, ayant causé une chute trois fois sans perte de connaissance.

Pas d'albumine.

Au bout de trois mois et demi (pilules de protoiodure, sirop composé de fer et d'iodure de potassium), la malade sort guérie.

En octobre, diarrhée de cinq jours; pas d'amaigrisse-

ment. Depuis sa sortie du service aucun accident cutané ni muqueux.

Au commencement de novembre, gonflement subit des cuisses, avec douleurs à la partie interne.

En quatre jours les membres inférieurs furent pris en entier, au point que ce n'était pas sans douleur que les chaussures étaient mises.

Le 15 novembre apparut une augmentation de volume du ventre avec œdème des parties génitales externes, le ventre était très gros; la malade fut obligée de le soutenir au moyen d'une bande; le lendemain tout était disparu, mais aussitôt que la serviette fut retirée, l'œdème réapparut à la vulve.

Auparavant il n'y avait pas de palpitations ni des maladies du cœur, ni des douleurs dans les régions rénales.

Depuis deux jours seulement retour de la céphalée frontale; apparition d'un œdème de la face (17 novembre).

Au moment de son entrée dans le service, la malade présente un œdème des cuisses, accusé surtout à la partie interne des jambes et des pieds ou la pression digitale reste nette. Léger œdème des parties génitales; rien sur le tronc, ni sur les membres supérieurs.

Face bouffie : joue droite plus que la gauche. Dyspnée assez intense; râles sibilants dans toute la poitrine; pas de matité.

Pas de douleurs rénales, mais points de côté et douleurs dans les membres.

La malade urine bien. Les urines sont en quantité plus grande qu'à l'état normal, elles sont troubles et

renferment une grande proportion d'albumine (22 grammes par litre). Les cheveux sont repoussés, la gorge est rouge mais sans plaques muqueuses.

Nul traitement depuis son dernier séjour à l'hôpital. Pilules de tannin; régime lacté.

Iodure potassium	2 gr.
Extrait thébaïque.	0 gr. 5 cent.

20 ventouses sèches sur la poitrine.

5 janvier 1880. — Pâleur consdérable; œdème généralisé. Depuis trois jours, douleurs épigastriques, vomissements bilieux, urémiques; urines rares.

Diarrhée (10 selles par jour).

Le 8. Depuis quatre ou cinq jours, sans raison, puisque la malade ne se lève pas, même pour aller à la garde-robe, elle présente une induration notable de la fesse droite, avec empâtement diffus. La peau n'est ni rouge ni adhérente; la suppuration est profonde; mais sous qu'elle influence s'est-elle développée?

Le 10. La réaction fébrile est très peu intense relatiment surtout à l'étendue de la collection purulente. Cellé-ci soulève la fesse et y produit une saillie égale à une tête de fœtus à terme. La fluctuation est manifeste. L'induration est très prononcée au niveau du coccyx.

Le 12. La malade passe en chirurgie dans le service de M. Le Dentu, à partir de ce moment l'observation a été bienveillamment continuée par mon collègue et ami Lami, interne du service.

L'abcès est situé au-dessus du grand fessier.

Avant la formation du pus, la malade n'avait jamais souffert de cette région. L'examen du sacrum et des

fosses iliaques fait par l'extérieur et le rectum ne donnent aucun renseignement sur l'origine de la lésion, et actuellement encore, la malade est remarquable par le peu de douleur qu'elle ressent au point même ou siège l'abcès.

Le jour même de l'entrée de la malade on ponctionne l'abcès avec l'aspirateur Dieulafoy. Il s'écoula environ 300 grammes d'un pus bien lié, non serré, non mêlé de grumeaux.

L'ouverture faite avec le trocart s'est rouverte deux ou trois jours après et il reste un trajet fistuleux par où s'écoule un pus séreux et blanchâtre.

La suppuration de cet abcès se prolongea pendant un mois et demi. Dans les premiers temps la malade fut prise de fièvre, frissons, céphalalgie, embarras gastrique, sueurs froides; cet état général mauvais, aboutit à un empâtement très douloureux dans la fosse iliaque droite. Une nouvelle ponction devint nécessaire qui donna lieu à la sortie de 150 grammes de pus environ. Le trajet de la ponction devient fistuleux comme pour le premier phlegmon et la malade suppura par ces deux points; ce dernier suppura pendant deux mois.

Quelque temps avant la guérison de l'abcès de la fosse iliaque l'état général, qui était devenu assez satisfaisant, revint très mauvais en très peu de temps : fièvre, frissons, céphalalgies, langue sèche, diarrhée, etc.

La malade était si faible qu'on entendait à peine le son de sa voix. Puis on vit apparaître un troisième phlegmon du côté de la partie supérieure et externe de

la cuisse droite. La ponction fit retirer 100 gr. de pus, et le trajet resta fistuleux pendant près d'un mois.

Les urines ont toujours présenté d'abondants flocons albumineux.

Enfin quatre mois après le début de ces suppurations, dont l'origine est toujours restée inappréciable, la malade sortit de l'hôpital dans un état de santé très satisfaisant.

Elle marchait, mangeait, dormait très bien; mais ses urines contenaient toujours une grande quantité d'albumine, elle n'a plus d'œdème.

La malade revient à la consultation de M. Fournier à la fin de mai 1880.

Elle fut soumise de nouveau au traitement spécifique: sirop composé d'iodure de fer et de potassium, quatre cuillerées par jour.

Pilules de sublimé, une par jour, iod. 1 centigr. Sous l'influence de ce traitement, l'albumine diminua rapidement, au mois de juin, elle n'avait plus que cinq grammes d'albumine par litre ; elle se sent plus forte et plus alerte.

L'iodure de potassium est porté à cinq grammes et le sublimé remplacé par des frictions avec cinq grammes d'onguent napolitain.

Dans les premiers jours d'août la malade ne présente plus qu'un trouble insignifiant des urines, traitées par l'acide nitrique.

La malade qui devait prendre deux cuillerées de sirop de Gibert par jour, n'est plus revenue à la consul-

tation. L'état général était tel que l'on peut conclure au rétablissement complet.

Cette observation présente plusieurs points d'intérêt. Elle démontre la gravité de la néphrite chez les syphilitiques, la guérison de la néphrite par le traitement spécifique, et permet de conclure à la spécificité de l'affection rénale. Elle vient à l'appui d'un fait clinique signalé (Barthélemy, Société clinique de Paris, 1880), à savoir, la facilité, la fréquence des suppurations chez les albuminuriques, qui font des phlegmons spontanés aussi facilement que des hémorrhagies après les opérations. »

Observation IX.

Albuminurie dans le cours de la période secondaire de la syphilis, par M. Martinet, interne des hôpitaux. Hôpital Saint-Louis, service de M. Guibout.

Le nommé D..., entré le 15 avril 1881 à l'hôpital St-Louis, salle St-Charles, n° 58, service de M. Guibout.

Ce garçon, âgé de 19 ans, est malade depuis trois semaines environ. Il s'est aperçu que ses forces diminuaient de jour en jour et que ses jambes enflaient, en même temps que sa face devenait bouffie; il s'essoufflait rapidement à la suite du moindre effort. A son entrée, on constate l'état suivant: pâleur très marquée, bouffissure de la face, œdème des paupières, œdème des jambes. Il tousse un peu; l'expectoration séro-muqueuse est assez abondante. Pas de douleurs de reins.

L'urine excrétée en quantité normale, n'offre à la vue rien de particulier, mais traitée par la chaleur et l'acide nitrique, elle laisse déposer un abondant précipité albumineux. Il n'y a pas d'autres symptômes remarquables, ni céphalalgie, ni troubles de la vue, ni hémorrhagie d'aucune sorte. Rien à l'auscultation des poumons, ni au cœur.

Ce malade ne présente aucune particularité à noter, soit dans ses antécédents personnels, soit du côté de ses parents. Il a eu il y a six mois une blennorhagie qui dure encore, et au mois de mars dernier, il a été soigné à l'hôpital du Midi pour des chancres mous.

Aucun symptôme passé ou présent pouvant faire songer à la scarlatine; il ne se souvient pas d'avoir été exposé à un refroidissement.

On fait le dosage de l'albumine, et on en trouve 14 grammes par litre, et comme le malade urine 1 litre 1/2, il y a 20 grammes d'albumine éliminés en 24 heures.

Régime lacté absolu.

Au bout de deux ou trois jours, la toux devient plus fréquente; on entend quelques râles sibilants disséminés; de plus, le lait est très mal supporté; on le supprime.

Pendant quelques jours état gastrique, dont quelques purgatifs ont promptement raison.

Au commencement de mai, l'œdème a disparu, mais l'albumine précipite toujours en masse.

La blennorrhagie est devenue un peu plus aiguë; en examinant les organes génitaux, on remarque sur le

gland, près du frein, une cicatrice déprimée assez large. Le malade raconte que l'un des trois chancres siégeait à ce niveau, et qu'il était beaucoup plus volumineux que les autres. On trouve dans l'aine gauche une pléiade ganglionnaire encore très prononcée, et, à droite, quelques ganglions durs. Il y a des ganglions sous-occipitaux, mais pas d'épitrochléens. Il ne se souvient pas d'avoir eu de taches sur le corps; il n'y a actuellement rien sur la peau; rien non plus dans la bouche ni sur les amygdales, seulement les cheveux tombent depuis quelque temps; et cette alopécie qui a pour siège surtout les régions temporales, est en clairière.

Ces quelques signes paraissent suffisants pour autoriser à porter le diagnostic: syphilis. On administre donc le sirop de Gibert.

Il existe, en outre, quelques papules de prurigo disséminées, et, dans les espaces interdigitaux, plusieurs vésicules avec sillon; prurit nocturne; une frotte le guérit complètement de cette gale.

Vers le 15 mai, les urines sont sécrétées en bien plus grande abondance; elles ont une teinte rosée; au microscope, on constate la présence de quelques globules rouges et de cylindres granuleux. Une petite ulcération de l'amygdale droite disparaît après la cautérisation.

A la fin de mai, il y a un peu moins d'albumine.

Pendant le cours du mois de juin, l'état général s'améliore, les forces reviennent; le précipité albumineux a totalement diminué, et, au commencement de juillet, c'est-à-dire deux mois après l'institution du

traitement spécifique, il n'y a plus dans les urines qu'un léger nuage.

Le malade quitte l'hôpital en parfait état de santé.

Cette observation a paru intéressante à publier. Il s'agit bien, en effet, d'une néphrite syphilitique secondaire ; la cicatrice du chancre, l'infection ganglionnaire et l'alopécie suffisent à prouver la syphilis dans le cas actuel ; de plus, le traitement vient confirmer le diagnostic. Le sirop de Gibert, seul, a été administré ; et le malade, suivant pendant tout le temps le régime ordinaire, a pu guérir parfaitement.

A quelle autre cause attribuer ici l'albuminurie : pas de refroidissement, pas de scarlatine ; en un mot, aucune des raisons ordinaires. Il y a bien la blennorrhagie, et cette maladie a suffi, à elle seule dans bien des cas, à provoquer l'albuminurie. Mais ce sont généralement des blennorrhagies aiguës avec symptômes vésicaux intenses : or, ici, rien de semblable ; de plus, cette blennorhagie a débuté il y a six mois. L'albuminurie n'a cependant pas fait son apparition, tandis qu'au contraire, la syphilis qui s'est manifestée il y a un mois par son accident primitif intoxique complètement l'organisme ; et c'est précisément à ce moment que les urines deviennent albumineuses. Nous devons faire remarquer que ce malade n'avait pris dans ces derniers temps ni copahu, ni cubèbe, qui, dans quelques cas, peuvent devenir la cause d'albuminuries persistantes. Enfin, et chose caractéristique, le lait était mal supporté.

On laisse le malade suivre le régime commun ; en

même temps, on lui administre du sirop de Gibert C'est donc bien sous cette dernière influence que guérit sa lésion rénale.

Observation X.

Communiquée par M. W. Œttinger, interne des hôpitaux.

Bij. ., journalier, âgé de 42 ans, entré, le 25 avril 1881, hôpital Laënnec, salle Malgaigne, n° 19.

Antécédents héréditaires : père et mère morts fort âgés, pas de collatéraux.

Antécédents personnels : bonne santé dans sa jeunesse.

Il y a dix-huit mois environ, il contracta une blennorrhagie aiguë, cordée à ce qu'il dit et qui avait été, dans un second coït, suivie d'une rupture de l'urèthre (hémorrhagie abondante). Quant à la syphilis dont on constate actuellement les traces manifestes, on ne peut en trouver l'origine ; le malade ne donne aucun renseignement précis à cet égard il n'a jamais rien remarqué d'insolite; aurait-elle débuté en même temps que la blennorrhagie?

Le 30 janvier dernier, occupé dans son atelier sur une échelle, il fait une chute et tombe d'une hauteur de quelques pieds.

Douleurs très vives dans le genou gauche qui ne l'empêchent pas cependant de vaguer quelques jours encore à ses occupations.

Au bout de quelque temps, il est forcé de garder le repos au lit plusieurs jours, puis il reprend son travail.

Il y a deux mois une éruption confluente de syphilides papuleuses s'est manifestée sur tout le corps. Pas de traitement aucun.

Enfin la douleur au genou gauche qui n'avait pas disparu jusque-là devient plus vive, et force le malade à garder le repos à partir du 12 avril.

Entré à l'hôpital le 25 avril.

Le genou gauche est tuméfié, volumineux, le simple toucher révèle une notable augmentation de la température, quand on le compare à l'articulation du côté opposé. La rotule est soulevée, mais on ne constate cependant que peu de liquide.

La synoviale est épaissie, le cul-de-sac sous-tricipital présente une saillie manifeste de chaque côté du tendon rotulien ; on constate également une tuméfaction notable, peu de fluctuation.

La douleur n'est pas très vive, les mouvements sont faciles, non douloureux, la marche possible; mais on ne peut fléchir entièrement la jambe sur la cuisse.

Vésicatoire, gouttière.

27 avril. Cystite à la suite du vésicatoire (Le malade rend quelques petites membranes). Disparition le lendemain.

Appareil ouaté et compression les jours suivants. Traitement au protoiodure de mercure ; l'éruption syphilitique papuleuse s'est manifestée sur presque toute la surface cutanée, elle est apparue, il y a deux mois; mais le malade n'a suivi aucun traitement ; on en trouve sur le front, sur l'abdomen, le cuir chevelu, etc. Dans la suite les cheveux sont tombés abondamment.

Le malade cependant ne se rappelle pas avoir eu de chancre ni de plaques muqueuses, ni angine, ni roséole, ni chute de cheveux, etc.

Les urines du malade, examinées dès le jour de son entrée à l'hôpital selon notre coutume, présentent une quantité considérable d'albumine. Pas d'œdème aux malléoles.

L'observation que nous devons à M. Œttenger est incomplète en ce qui concerne notre travail.

Le malade dont il nous parle a surtout été étudié au point de vue des relations du rhumatisme et de la syphilis.

Il s'est aperçu, grâce à son excellente habitude d'examiner l'urine de tous ses malades entrants, de l'albuminurie de celui-là.

Cette albuminurie n'a pas de cause connue autre que la syphilis et elle existe conjointement avec d'autres manifestations secondaires.

Observation XI. (Personnelle).

Service de M. Rigal, salle Saint-Jean, 4, hopital Necker.

X... est entré pour un œdème généralisé et une ascite considérable, salle Saint-Jean n° 4, le 17 septembre 1881, pendant les vacances.

N'ayant pas assisté aux premiers soins qui lui furent donnés, nous devons à notre excellent ami, M. Bernard

externe de service, les renseignements qui nous manquaient.

A la fin de 1878, X... a contracté un chancre induré dont il guérit après quatre semaines, dont trois passées à l'hôpital du Midi.

Cautérisations au nitrate d'argent. Pas de traitement interne.

Sa santé est restée bonne jusqu'en fin 1879. A cette époque, pendant l'hiver, il fut pris de maux de gorge. — Plaques muqueuses latérales entre joues et gencives. — Dents déchaussées et tremblantes. Difficulté pour ouvrir la bouche et pour manger. — Cautérisations au nitrate d'argent. — Gargarismes au chlorate de potasse.

Ces plaques muqueuses disparurent pendant trois mois.

En mars 1880 elles reparurent dans la gorge, sur les amygdales et sur la langue et au pourtour de l'anus.

Pendant sept mois elles persistent disparaissant et reparaissant.

Traité en avril 1880 par des gargarismes au chlorate de potasse, de l'iodure de potassium (1 cuillerée par j our), et des pilules de protoiodure. Ses plaques disparurent brusquement en août 1880.

La santé resta bonne jusqu'en mai 1881. A cette poque, accès de fièvre qui prennent le malade dans l'après-midi jusqu'au soir.

Durée quinze jours.

Sommeil conservé cependant. — Inappétence. — Le

malade continue à travailler, mais il sent bientôt pendant son travail une douleur de la jambe droite (il est tourneur). En l'examinant on s'aperçoit qu'elle est enflée.

De jour en jour l'enflure augmente, disparaissant le matin pour reparaître le soir.

Les urines étaient rares et très troubles. On lui fait remarquer qu'il a la face bouffie et les paupières œdématiées.

Un peu de céphalalgie. — Vue conservée. — Sommeil agité, rêves.

Le 31. Le malade se mit au lit. Œdème des membres inférieurs, jusqu'au bas-ventre. Le régime lacté fut institué, mais l'enflure fit toujours des progrès et envahit le ventre en remontant jusqu'au creux épigastrique. Céphalalgie, inappétence, vomissements tous les jours. Le malade, ne pouvant supporter le lait, s'était remis au régime commun. Bouffissure de la face.

L'état du malade va en empirant jusqu'au 17 septembre 1881, où il entre chez M. Grancher, suppléé par M. A. Robin. Enflure énorme. Ventre rempli de liquide. Dès son arrivée, on le met au régime lacté, et on lui fait prendre des infusions de jaborandi. On examine le foie, qu'on trouve atrophié. On constate la présence d'une quantité d'albumine dans les urines. M. Robin en fait une néphrite parenchymateuse avec cirrhose, sans songer à la spécificité.

L'infusion de 4 grammes de jaborandi n'ayant pas donné de résultats, on fait en plus une injection de pilocarpine pendant quinze jours. Il survient des sueurs,

mais localisées aux parties situées au-dessus de l'enflure Pas d'amélioration. Albuminurie considérable constante. On fait alors (fin octobre) une ponction abdominale, le malade ayant été mis dans le service de M. Rigal, suppléé par M. Robin. On retire 12 litres d'un liquide clair, citrin et albumineux. Au bout de trois semaines, l'ascite a reparu. M. Rigal reprend alors son service, son diagnostic est le même : cirrhose atrophique et néphrite parenchymateuse. Régime lacté, plus, un degré, permis depuis sa première ponction.

Nouvelle ponction en novembre, même quantité de liquide. Amélioration à la suite, mais toujours des flots d'albumine dans les urines. On songe alors à la syphilis, et l'on institue le traitement suivant : iodure de potassium, frictions à l'onguent mercuriel. Amélioration. On suspend les frictions au bout de trois jours, et l'iodure de potassium au bout de huit, le malade supportant mal ce traitement.

Céphalalgie violente, On ordonne du bromure de potassium et elle disparaît en huit jours. Pendant un mois on lui fait prendre du sirop de Gibert. Il en retire le plus grand bien et voit son état s'améliorer de jour en jour. On cesse son emploi au bout d'un mois à cause de troubles gastriques.

Aujourd'hui plus d'enflure, plus de céphalalgie, le malade se lève, va et vient ; mange avec beaucoup d'appétit. Il y a encore de l'albumine dans les urines, mais à l'état de nuage seulement.

On recommence aujourd'hui les frictions mercurielles en même temps que le sirop iodo-tannique.

Le malade urine environ un litre et demi à deux litres.

Ici comme dans nos autres observations, nous avons affaire à un malade chez qui on ne peut trouver aucune autre cause de l'albuminurie que la syphilis. Il est tourneur et travaille dans un endroit sec.

L'albumine est survenue dans le cours des accidents secondaires avec les mêmes symptômes que chez nos autres malades. Le lait, les traitements les plus variables de l'albumine ont échoué. Au contraire on institue le traitement mercuriel et aussitôt prompte et notable amélioration, plus d'enflure, presque plus d'albumine. Le malade suit toujours son traitement. Il y a donc lieu d'espérer pour bientôt une guérison entière et définitive.

PATHOGENIE

Avant de rechercher comment agit la syphilis sur le rein ; nous croyons devoir exposer quels sont, d'après les travaux les plus récents, les conditions pathogéniques de l'albuminurie. Nous trouvons dans les savantes leçons faites à la Faculté par M. le professeur Charcot, l'exposé complet des résultats auxquels sont arrivés les expérimentateurs qui avaient entrepris des recherches à ce sujet.

D'après Von Wittich et Küss, auteurs d'une théorie des plus accréditées et des mieux acceptées dès le principe, le sérum sanguin avec tous ses éléments, transsuderait au niveau des glomérules ; mais l'albumine serait reprise par le gros épithelium cubique de Heidenhein qu'on retrouve encore dans la branche ascendante de l'anse de Henle.

L'albuminurie serait donc, pour les auteurs qui acceptent cette théorie, la conséquence de l'état de maladie ou de destruction de ces cellules épithéliales ; incapables de fonctionner, elles laisseraient passer dans les urines l'albumine secrétée normalement.

M. Lecorché, dans son traité des maladies des reins s'exprime ainsi : « L'albuminurie n'est que le symptôme d'une lésion plus ou moins prononcée de l'épithelium des canaliculi. »

Quelques faits viennent à l'appui de cette manière de

voir. En effet, dans certaines néphrites parenchymateuses légères, dont on a pu faire l'autopsie, on a constaté la dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithelium rénal : c'est précisément cette lésion qui a été trouvée sur le malade observé par M. Peiroud et dont nous avons rapporté l'histoire.

On a trouvé dans ce cas le rein gros, pâle, comme dans la néphrite parenchymateuse, avec altération plus marquée de la substance corticale ; et enfin au microscope l'épithélium des tubuli contorti était infiltré d'une grande quantité de granulations, dont quelques-unes très réfringentes paraissaient graisseuses.

L'épithélium des tubes collecteurs paraissait peu altéré.

Ce fait est malheureusement isolé; il nous est donc difficile d'établir une théorie sur une base aussi restreinte; de plus les expériences physiologiques, faites dans ces dernières années, semblent démontrer que l'épithélium des tubuli contorti n'est pour rien dans le passage de l'albumine dans les urines. Ce passage est un fait pathologique ; il se fait au niveau du glomérule.

M. Nussbaum a fait à cet égard des expériences qui paraissent assez concluantes : « Il injecte dans la grande circulation d'une grenouille une certaine quantité de solution de blanc d'œuf ; cette solution passe dans les urines ainsi que cela a lieu chez les mammifères. Mais si, avant l'injection, on a soin de lier l'artère rénale, dans ces conditions l'urine ne passe plus. On peut cependant s'assurer que l'épithélium du labyrinthe jouit de toutes ses propriétés vitales, car si, chez le même animal auquel, après la ligature de l'artère rénale cette al-

bumine a été injectée, on vient à pratiquer une injection intra-veineuse d'une solution d'urée, cette dernière substance sécrétée par les *tubuli contorti* entraîne avec elle une certaine quantité d'eau.

Aussi malgré la suppression de la fonction glomérulaire, l'urée injectée peut-elle être retrouvée dans la vessie. » (Charcot, Lec. Condit. pathogén. album., p. 21.)

Les résultats sont encore les mêmes, quand il s'agit de l'albumine du sang.

Overbeck a fait la ligature temporaire de l'artère rénale. La ligature ayant duré quelques minutes seulement, la sécrétion urinaire, d'abord supprimée, reparaît une demi-heure ou trois quarts d'heure après l'ablation de la ligature. Or la première urine qui passe est rare et albumineuse. D'autre part il est clair que cette albumine vient du sang, et il y a lieu de rechercher dans quelle partie du rein s'est faite la filtration. La question peut être résolue expérimentalement encore chez la grenouille. Après avoir lié l'artère rénale, on injecte dans le sang une certaine quantité d'urée qui passe naturellement dans la vessie. Tant que la ligature subsiste, cette urine ne contient pas d'albumine ; mais si on enlève la ligature, pendant les quatre ou cinq heures qui suivent cette ablation, les urines contiendront en outre de l'urée, de l'albumine. Contrairement à ce qui a lieu chez les mammifères, on peut, vous le voyez chez la grenouille, localiser avec précision le point où se fait la sécrétion de l'albumine et démontrer que cette sécrétion s'effectue par le glomérule, sans participation aucune des canaux du labyrinthe, lesquels cependant, malgré

la ligature de l'artère, fonctionnent à leur façon, c'est-à-dire en éliminant l'urée. » (Charcot, loc. cit.)

Ainsi donc l'épithélium ne jouerait aucun rôle à l'égard de l'albumine, son altération par conséquent n'expliquerait rien. C'est, nous venons de le voir, au niveau du glomérule que filtrerait ce produit. On trouve en effet un exsudat albumineux dans sa cavité chez les animaux empoisonnés par la cantharide (MM. Browiez et Cornil) et présentant par conséquent une inflammation suraiguë des reins.

Il existe enfin une seconde théorie fondée sur les expériences que nous venons de citer, et qui donnerait comme condition pathogénique les modifications de la circulation rénale et surtout le ralentissement du courant sanguin amenant le séjour d'un sang peu oxygéné dans les tubes rénaux.

Ces conditions sont parfaitement réalisées dans le cas de rein cardiaque où la pression baisse dans le système artériel, tandis qu'elle s'élève dans le système veineux. Les urines sont alors rares, foncées en couleur, et plus ou moins fortement albumineuses.

Pouvons-nous faire rentrer dans cette théorie les conditions pathogéniques appartenant en propre à la syphilis? Nous ne le croyons pas; cette dernière affection en effet ne cause pas, que nous sachions, de troubles de la circulation générale, pouvant amener de la stase veineuse dans le parenchyme rénal.

Certains états fébriles modifient la circulation et l'on sait que la syphilis, à ses débuts, s'accompagne de ce qu'on a appelé la fièvre secondaire.

Une troisième théorie veut que l'albuminurie dépende d'une altération du sang; c'est la théorie hématogène. Elle a pour principal défenseur le professeur Semmola, de Naples.

Bright lui-même semble un instant l'avoir admise; mais c'est Constatt, qui le premier, dans son Traité de pathologie, a formulé cette opinion en 1845.

« Il y a, dit-il, beaucoup d'arguments qui tendent à prouver que la cause de tous les symptômes, dans l'albuminurie, doit être cherchée dans une disposition anormale spécifique du sang. Cette disposition, qui consiste probablement dans une qualité imparfaite de cette substance, a pour effet de dérober de l'albumine à sa destination assimilatrice et de la tourner vers les reins pour y être excrétée. »

Cependant M. Stokvis a institué des expériences qui l'ont amené à en conclure que la cause de l'élimination de l'albumine ne peut pas résider dans une modification de la constitution chimique ou physiologique du sang; mais il est des circonstances assez fréquentes où l'albumine trouvée dans l'urine diffère notablement par ses caractères chimiques et physiques de l'albumine du sérum du sang.

Chez les brightiques, les urines rendues après les repas sont plus riches en albumine que celles rendues dans les intervalles, et de plus cette albumine présente des caractères spéciaux.

M. Lépine, par exemple, a trouvé qu'elles diffusent mieux que l'urine du jeûne et que, soumises à la di-

gestion artificielle, elles se transforment beaucoup plus vite en peptone.

« Ainsi, non seulement chez les albuminuriques l'urine est plus riche en albumine, mais elle contient une albumine d'une autre qualité. Or, on ne peut admettre ici que cette albumine modifiée vient du sang, et il est clair que ce n'est pas dans le rein lui-même qu'elle a subi cette modification. Donc c'est une albumine préalablement modifiée dans le sang qui, en pareil cas, a passé dans les urines. Ce fait est incontestablement favorable à la théorie hématogène. » (Charcot, id., p. 35.)

Dès lors l'action de la syphilis sur le rein ne pourrait-elle pas rentrer dans cette dernière catégorie? En un mot, n'amènerait-elle la production d'albuminurie que parce qu'elle altère le sang? Nous savons, en effet, que dans la syphilis ces altérations existent.

On ne connaît pas encore actuellement, et d'une façon complète, quelles sont les modifications que fait subir au sang la syphilis. Les recherches de Ricord et de Grassi établissent que dans la période du chancre infectant, la quantité des globules du sang diminue et que l'albumine augmente.

La diminution des globules rouges peut être de 48 à 60 pour 1000, la moyenne physiologique pour ces auteurs étant de 140 pour 1000.

En résumé, des trois théories pathogéniques de l'albuminurie, admises jusqu'à ce jour :

Mécanique,

Anatomique,

Hématogène.

Les deux dernières nous semblent pouvoir donner la meilleure explication des faits, quand il s'agit des rapports de la syphilis et de la présence de l'albumine dans les urines. L'autopsie du malade de M. Perroud semblerait démonstrative, et on aurait peut-être pu, d'après ce fait, dire que la syphilis dans sa période secondaire produisait dans le rein des lésions analogues à la néphrite parenchymateuse légère ; mais des expériences sont venues, comme nous l'avons vu, prouver que l'altération de l'épithélium n'était pour rien dans les troubles pathologiques qui nous occupent. Il est vrai que pour les physiologistes qui attribuent aux modifications de la circulation rénale une grande influence sur le passage de l'albumine, les cellules épithéliales de la capsule de Bowman joueraient également un rôle ; elles seraient actives, suivant l'expression de Heidenhein. Seraient-elles donc altérées dans la lésion rénale due à la syphilis secondaire ? C'est ce que des autopsies ultérieures pourront seules nous apprendre.

Quant à la théorie hématogène, certaines expériences de M. Stokvis viendraient la renverser, comme nous l'avons vu.

Cependant malgré les résultats de l'expérimentation, et nous appuyant sur des faits pathologiques bien observés, nous persistons à croire que les altérations du sang peuvent modifier l'albumine du sérum, de telle manière que la transsudation deviendrait extrêmement facile. Ce qui est à démontrer, ce sont les altérations du sang, appartenant en propre à la syphilis.

De nouvelles recherches à cet égard doivent être entreprises, et le jour où cette lacune aura été comblée, nous ne doutons pas qu'on trouve l'explication du phénomène que nous étudions.

Nous sommes fortement tentés d'écrire que les altérations anatomiques de l'épithélium prennent une grande part dans la production de l'albuminurie.

Si l'épithélium des tubuli n'y est pour rien, et les expériences nous défendent d'en douter, du moins peut-on espérer que les divers éléments qui composent le glomérule subissent les modifications pathologiques.

Cette interprétation nous paraît très naturelle et très soutenable; attendons néanmoins que des autopsies probantes soient venues la classer au nombre des faits les plus solidement acquis (1).

(1) On sera peut-être surpris de ne pas trouver au milieu des conditions pathogéniques, que nous venons de discuter, l'énoncé d'une hypothèse très admissible, touchant la nature parasitaire de cette albuminurie. On sait, en effet que, pour la fièvre typhoïde, le fait a été démontré par M. le professeur Bouchard; il s'agit d'une néphrite infectieuse, causée par le passage à travers l'épithélium rénal de bactéries bacillaires. En est-il de même pour la syphilis? Nous l'ignorons? l'agent parasitaire qui ferait de cette dernière une maladie infectieuse est encore inconnu.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.

De même que dans d'autres affections dépendant de la syphilis et unanimement rattachées à cette diathèse, on ne trouve point de signes qui la distinguent d'affections semblables, mais dues à une autre cause, de même, dans l'albuminurie syphilitique, nous ne pouvons donner aucun signe qui permette de dire : *Cette albuminurie est spécifique.*

Nous allons donc trouver ici les symptômes habituels des néphrites albumineuses, et particulièrement de la néphrite parenchymateuse. Ces symptômes seront plus ou moins développés, se grouperont de différentes manières ; mais ce sont les mêmes qu'on observe vulgairement.

Occupons-nous d'abord du principal symptôme, c'est-à-dire de l'albumine dans les urines.

Cette substance y est généralement contenue en assez grande quantité; c'est ainsi que, parmi les malades dont nous avons publié l'histoire, nous trouvons, dans le cas de M. Descoust, par exemple : que l'albumine est tout d'abord à 110 grammes dans les 24 heures. Il est vrai qu'elle tombe rapidement après l'institution du traitement à 10 grammes pour remonter et osciller ensuite ;

Chez le malade de M. Martinet, il y a tout d'abord 20 grammes d'éliminés en 24 heures, et cette quantité

se maintient à ce chiffre relativement élevé quelques temps encore ;

Dans l'une des observations de M. Barthélemy, on note jusqu'à 22 grammes par litre ;

Dans les autres cas, où le dosage n'a pas été fait, nous trouvons presque toujours les mentions suivantes : *Grande quantité d'albumine*, ou *urines fortement albumineuses*.

Les urines sont sécrétées dans la plupart des cas en assez grande abondance; assez souvent on y observe des cylindres granulo-graisseux, assez souvent aussi des globules rouges.

L'urée n'a été dosée qu'une fois (M. Descoust) et elle était notablement augmentée.

L'œdème est un des premiers phénomènes observés : il débute généralement par les malléoles et les paupières ; nous le trouvons noté dans tous les cas ; rarement il y eut de l'anasarque. Les œdèmes viscéraux sont peu fréquents : nous en citons cependant deux.

L'un, celui de M. Perroud, dont le malade fut rapidement enlevé ; l'autre, celui de M. Burckmann (obs. allemande), mais sans qu'il y eût la même terminaison fatale.

La céphalalgie est fréquente, les troubles gastro-intestinaux ont été observés quelquefois : innapétence, vomissements bilieux diarrhéiques. Nous voyons mentionner quelquefois un léger catarrhe bronchique ; rarement on trouve des troubles de la vue.

L'essoufflement, les palpitations se rencontrent dans presque tous les cas : on les observe du reste au début

de la période secondaire de presque toutes les syphilis.

Ils sont rattachés également par certains auteurs à la chloro-anémie, observée habituellement à cette période ; chloro-anémie que nous avons regardée comme l'une des conditions essentielles du passage de l'albumine du sang dans l'urine. Des accidents urémiques ont été remarqués et cela une fois, *ex abrupto* dès le début de l'albuminurie (malade de Burkmann).

Etudions maintenant la manière dont se groupent ces symptômes, et voyons s'ils n'arrivent pas parfois à constituer des types différents suivant les cas.

Leur étude attentive nous autorise à faire remarquer que deux types peuvent se présenter : tantôt l'individu est reconnu déjà pour syphilitique et traité pour tel, quand certains symptômes anormaux tenant à la présence de l'albumine dans les urines font leur apparition ; tantôt un malade se présente avec tous les signes de l'albuminurie ; dans ce cas il faut chercher la syphilis.

Dans la première variété, quels sont les signes qui permettraient de diagnostiquer l'albuminurie chez un syphilitique? On est en droit de soupçonner cette lésion quand, à partir du second mois de la syphilis, on voit apparaître quelques symptômes de ce genre : maux de tête qui n'ont pas un caractère essentiellement nocturne et qui s'accompagnent d'un état nauséeux et parfois de vomissements. En un mot certains états dyspeptiques, observés dans la période secondaire, devraient être rattachés à l'albuminurie. En outre, les malades s'essoufflent à la suite du moindre effort, se sentent mal entrain

ils ont quelques douleurs lombaires. Il y a parfois un léger œdème des malléoles et le matin un peu d'infiltration des paupières; mais c'est déjà un symptôme suffisamment pathognomonique pour attirer l'attention du côté des urines; mais on est en droit, croyons-nous, de faire cet examen avant son apparition, et quand déjà on observe cet ensemble de symptômes que nous avons signalé: palpitations, essoufflement, céphalée, surtout le matin, avec innappétence, nausées et même vomissements.

Dans la deuxième catégorie, les malades se plaignent tout d'abord de symptômes d'origine nettement albumineuse. Ils sont pâles, bouffis, avec un œdème notable. Les urines sont fortement albumineuses. Le seul diagnostic à faire est le diagnostic étiologique. Or, si l'on ne trouve aucune des causes ordinaires des néphrites chez les individus encore jeunes, il faut rechercher la syphilis surtout si l'on ne vient à découvrir qu'une cause banale, tel qu'un léger refroidissement.

Sans doute ce refroidissement peut avoir eu lieu; mais il n'a été que la cause occasionnelle et il n'aurait pu à lui seul produire l'albuminurie. C'est la syphilis qui avait altéré soit les éléments anatomiques du rein, soit les éléments du sang, et qui rendait l'albuminurie imminente. Il a suffi dès lors d'un léger refroidissement, d'un léger traumatisme, d'une fatigue même pour que la maladie apparût et fût définitivement constituée.

Etudions maintenant un troisième genre. Il s'agit d'invidus albuminuriques qui prennent la syphilis. On voit immédiatement leur affection prendre une gravité ex-

cessive : telle a été la malade observée par M. Barthélemy (2e observ.); presque aussitôt qu'apparaissent les signes de la syphilis secondaire : la fièvre s'allume, la céphalalgie devient intense, l'état général s'altère et la pâleur se prononce davantage.

Il survient de l'amaigrissement, des palpitations, des vertiges, de l'insomnie et des vomissements très fréquents. La quantité d'albumine augmente, et cinq mois après le début des accidents secondaires, et malgré un traitement des plus énergiques, les urines sont toujours très albumineuses.

L'albuminurie ordinaire favorise les suppurations ; elle ne perd pas cette malheureuse influence, même quand elle est d'origine syphilitique.

Les abcès sont fréquents, et ce qui dénote bien cette tendance à la suppuration que présentent nos malades, c'est de voir l'adénite inguinale qui accompagne le chancre ou les plaques muqueuses, et qui ne s'abcède jamais, c'est là un de ses caractères pathognomoniques, arriver quelquefois et assez facilement à suppurer chez les syphilitiques albuminuriques.

Cette albuminurie a une marche généralement assez lente ; mais on la voit, sous l'influence du traitement, tendre d'une manière progressive à la guérison. Dans les cas où l'albumine a été dosée, on l'a vue descendre après quelques jours de traitement à un chiffre notablement inférieur à celui qu'elle avait, lorsqu'elle était livrée à elle-même.

Elle a eu, dans bien des cas, une durée assez longue, quatre et cinq mois; mais, même dans ces circonstances

peu favorables, l'affection perdait rapidement, dès l'institution du traitement, tout caractère de gravité.

Cependant, presque toujours, il a fallu attendre un mois et demi, deux mois avant la cessation complète des accidents et la disparition absolue du précipité albumineux.

La terminaison est presque toujours heureuse. Nous ne connaissons de mortel que le cas de M. Perroud.

Il est vrai que, lorsque le malade vint à l'hôpital chercher des soins, il avait une anasarque considérable, et ses poumons commençaient déjà à s'infiltrer..

Le traitement aurait pu, c'est là notre conviction intime, améliorer ou guérir sa lésion rénale. Mais que pouvait-il contre des complications si étendues et si redoutables ?

En un mot, si nous résumons cette courte étude symptomatologique, nous en tirerons cet enseignement sur lequel nous avons déjà insisté : c'est que chez les syphilitiques arrivés à la seconde période, et qui présentent quelques symptômes, tels que ceux que nous avons notés et qu'aucune cause bien connue ne vient expliquer, il faut examiner les urines, et que, enfin, lorsqu'un malade se présente avec de l'albuminurie aïgue, il faut toujours chercher la syphilis.

TRAITEMENT.

La question du traitement revêt ici une certaine importance.

Doit-on se contenter de traiter l'albuminurie par les moyens ordinaires, sans recourir au traitement spécifique ? Certains auteurs n'ont pas craint de conseiller cette manière d'agir ; les raisons qui les déterminaient à s'abstenir de l'emploi du mercure sont bien connues. Ils redoutaient la non-élimination de cet agent médicamenteux par les reins, et par suite l'intoxication mercurielle possible. Le malheureux exemple rapporté par M. Hallopeau (1878) semblerait justifier ces craintes.

Mais dans ce cas, il ne s'agissait pas seulement d'une légère altération de l'épithélium rénal, de lésions fugaces en un mot, comme celles que la syphilis secondaire doit imposer au rein, mais bien d'altérations tertiaires profondes, ayant amené la destruction d'une grande partie du parenchyme rénal.

D'autres auteurs, font du mercure une cause possible d'albuminurie et ne veulent par conséquent pas le donner à leurs malades, de peur d'augmenter leur affection. M. le professeur Hardy est de ce nombre ; voici comment il s'exprime :

« Quel est le traitement à faire suivre ?

« Au premier abord, il semble qu'il soit assez facile de le formuler. Il n'en est rien cependant.

« Si en effet nous devons venir aisément à bout de l'albuminurie en maintenant le malade au chaud, en lui donnant du lait, du tannin, qui, sans que nous sachions exactement pourquoi, réussit assez bien dans cette maladie ; si, enfin, il nous suffira d'appliquer quelques ventouses sèches sur la région rénale, et de prescrire quelques légers diurétiques dans le but d'augmenter les urines ; si, dis-je, il nous suffira de ces moyens pour amener la guérison de la néphrite, je suis bien plus embarrassé contre la syphilis.

« Si nous avions affaire à un individu bien portant, nous devrions en présence d'une syphilis secondaire ne pas hésiter à donner du mercure, mais il ne faut pas oublier que cet homme a une néphrite, et que cette maladie survient quelquefois sous la seule influence de certains médicaments, parmi lesquels se trouvent l'arsenic et le mercure. Aussi ai-je peur, si je donne le mercure trop tôt, de voir survenir une recrudescence de l'affection rénale.

« Pour toutes ces raisons, je préfère donc m'abstenir actuellement du traitement mercuriel. Vous savez, d'ailleurs, que les accidents secondaires de la syphilis abandonnés à eux-mêmes peuvent disparaître spontanément, moins rapidement il est vrai que lorsqu'un traitement spécifique est institué. On s'est même emparé de ce fait, et c'est une grave erreur, pour dire que toute médication mercurielle était inutile.

Il n'y a donc aucun inconvénient ici à attendre avant de prescrire un traitement spécial.

Nous chercherons d'abord, quand nous verrons cet homme guéri de sa lésion rénale, à améliorer son état général, à le tonifier, nous lui donnerons du quinquina, nous le soumettrons à une bonne alimentation, et quand nous l'aurons ainsi remis dans un état général satisfaisant, si l'éruption n'a pas disparu, nous pousserons alors à l'administration du mercure, mais avec prudence et en ayant soin d'interrompre le traitement de temps en temps. De cette manière, nous assurerons la disparition de l'éruption et des accidents syphilitiques secondaires, et nous n'aurons pas à redouter une aggravation des accidents rénaux. »

Mais contre cette manière de voir nous opposerons les recherches faites à Paris par M. le professeur Fournier, et à Lyon par M. Gailleton, sur tous les malades de leurs services soumis au traitement mercuriel, et chez lesquels ils n'ont pas trouvé trace d'albumine (un seul cas chez M. le professeur Fournier). Par conséquent on peut, sans hésiter, conseiller le traitement mercuriel, et les faits que nous publions sont une preuve suffisante, croyons-nous, non seulement de son innocuité, mais encore de son efficacité.

On a dit que l'albuminurie pouvait guérir seule au même titre que certains accidents secondaires de la syphilis : cela est vrai.

On voit tous les jours des malades qui ont eu une éruption des plaques muqueuses et qui n'ont jamais pris de mercure ; cependant, lorsqu'on les examine, ces lé-

sions ont disparu, mais lorsqu'il n'y a pas de traitement combien leur durée est plus longue et quel caractère grave on leur a vu prendre dans certains cas.

Au contraire donne-t-on du mercure, on voit ces plaques muqueuses qui, livrées à elles-mêmes, avaient une tendance à se creuser et à s'étendre, se cicatriser en quelques jours.

La même chose s'observe pour l'albuminurie. A peine le malade prend-il du mercure ou de l'iodure de potassium que la quantité d'albumine diminue souvent de moitié et cela très rapidement. Les phénomènes généraux s'effacent rapidement, l'œdème disparaît, l'appétit renaît, les forces reviennent, l'embonpoint se manifeste.

Nous croyons avoir maintenant établi que le traitement mercuriel a une efficacité inconstestable et qu'il s'impose dans tous les cas.

Au traitement spécifique faut-il adjoindre la diète lactée ? nous répondrons que chaque fois que le malade supporte bien le lait, cet aliment constitue un excellent adjuvant et nous croyons utile de l'essayer dans tous les cas; mais on sait que le lait est assez mal supporté par bien des gens. Il donne de la diarrhée, ce qui augmente encore l'affaiblissement déjà si grand des malades. Or les faits et l'expérience nous apprennent que le lait n'est point une nécessité et que l'albumine disparaît, même quand les malades sont soumis au régime commum. Il nous reste à voir quel genre de préparation on doit administrer.

Ici les cas étant variables, nous allons voir ce qu'il

convient de faire dans les types qui se présentent le plns souvent à l'observation. La syphilis est-elle légère, bénigne et l'albuminurie peu prononcée, nous conseillerions volontiers d'instituer une sorte de traitement mixte.

Une pilule de proto-iodure de mercure de cinq centigrammes tous les jours et un ou deux litres de lait, quitte à le supprimer s'il n'est pas toléré.

Le proto-iodure peut être mal supporté ; dans ce cas, il n'y a aucun inconvénient à administrer le bichlorure, soit sous forme de liqueur de Van Swieten, aux doses ordinaires, soit sous forme de pilules de Dupuytren.

Enfin il peut arriver que le mercure ne puisse être absorbé par la muqueuse intestinale. On doit alors avoir recours aux frictions mercurielles. On fera chaque jour, au lieu d'élection, des frictions avec 2, 3 et même 5 grammes de pommade mercurielle.

Cette dernière médication peut avoir des inconvénients ; elle amène rapidement de la stomatite et plus facilement peut-être chez nos malades que chez les autres syphilitiques : c'est là un fait que nous tenons à signaler. Aussi, pensons-nous que l'on pourrait utilement employer la méthode des injections sous-cutanées au sujet de laquelle M. Martineau a fait tout récemment une importante communication à la Société médicale des hôpitaux. (Union médicale, 19 juilet 1881).

M. Martineau emploie une préparation dont voici la composition :

Bichlorure de mercure 10 grammes, peptone sèche 15 grammes. Un gramme de cette préparation représente

25 centigrammes de sublimé. Il s'en sert en solutions où 40 centigrammes de peptone sont dissous dans 30 grammes d'eau distillée, ou 25 grammes d'eau et 6 grammes de glycérine, ou encore 36 grammes de glycérine. Ces solutions dans les trois cas représentant 4 milligrammes de sublimé par injection d'une seringue de 120 centigrammes. Dans les cas graves, il est bon d'instituer un traitement spécifique mixte, et d'associer aux frictions ou aux injections de peptone mercurique l'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Le sirop de Gibert pourrait rendre ici de grands services.

Pour terminer, indiquons en peu de mots que le traitement général doit être surtout tonique.

Au début, alors qu'il y a un peu d'embarras gastro-intestinal, des purgatifs légers sont administrés ; et, dès que les fonctions digestives seront rétablies, les viandes rôties et saignantes, les vins généreux seront ordonnés avantageusement ; et si l'on y joint le quinquina et les préparations ferrugineuses, on aura là tous les éléments possibles d'une prompte et durable guérison.

CONCLUSIONS

1° La syphilis peut, dans le cours des accidents secondaires, causer l'albuminurie.

2° C'est généralement au début de ces accidents qu'apparaît l'albumine dans les urines.

3° Cette albuminurie est persistante et d'une durée assez longue.

4° Aucun signe particulier ne permet d'en reconnaître la nature en l'absence d'autres accidents syphilitiques, soit concomitants, soit antérieurs.

5° Elle est due à une lésion de l'épithélium du rein ou plus probablement à une altération spéciale du sang.

6° Le traitement mercuriel simple ou le traitement mixte mercure et iodure de potassium amène rapidement la disparition de l'albumine et des autres symptômes.

7° Le régime lacté doit être considéré non comme une nécessité absolue, mais comme un simple adjuvant.

OUVRAGES ET TRAVAUX CONSULTÉS.

RAYER. — Traité des maladies des reins, Paris, 1840.

JAKSCH et FINGER. — Deutsche klinik, 1850.

FRERICHS. — Die Bright'sche Nierankraukheiten und deren Behandlunh Braunschweig, 1851.

THOUVENEL. — Gazette des hôpit., n° 74, 1858.

WIRCHOW. — La syphilis constitutionnelle, Vradfranc, 1859.

FUNGEL. — Mittheilungen, etc., Hamburg, 1861.

LANCEREAUX. — Etudes sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle, Gaz. hebd., 1864.

CORNIL. — Mémoire sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie, thèse Paris, 1864.

LANCEREAUX. — Syphilis, 1866.

BAZIN. — Leçons sur la syphilis et les syphilides, 1866.

PERROUD. — Journal médecine Lyon, février 1867.

GUIOL. — Essai sur l'albuminurie syphilitique, thèse Paris, 1867.

DESPRÈS. — Syphilis, 1873.

LECORCHÉ. — Maladie des reins, 1875.

BELHOMME et MARTIN. — Traité de la syphilis, 1876.

DESCOUST. — Thèse Paris, 1878.

JULLIEN. — Maladies vénériennes; 1879.

DRYSDALE (Ch.-R.). — Albuminurie syphil., Brit. med. Journ., 1879.

CHARCOT. — Condit. pathogén. de l'albuminurie, Progrès méd., 20 novembre 1880.

CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.

BURKMANN. - Deutsche med. Woch., n° 4, 1880.

CHARCOT. — Condit. pathogén. albumin., Progrès méd., 22 janvier 1881.

FOURNIER. — Traité de la syphilis secondaire particulièrement chez les femmes, 1881.

BARTHÉLEMY. — Annales dermat. et syph. 881.

MARTINET. — France médicale, 1881.

MARTINEAU. — Union médicale, 19 juillet 1881.

BOUCHARD. — Congrès médical de Londres, 1881.

BOUCHARD. — Revue de médecine, 10 août 1881.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., rue M.-le-Prince, 31
A. Davy, successeur.